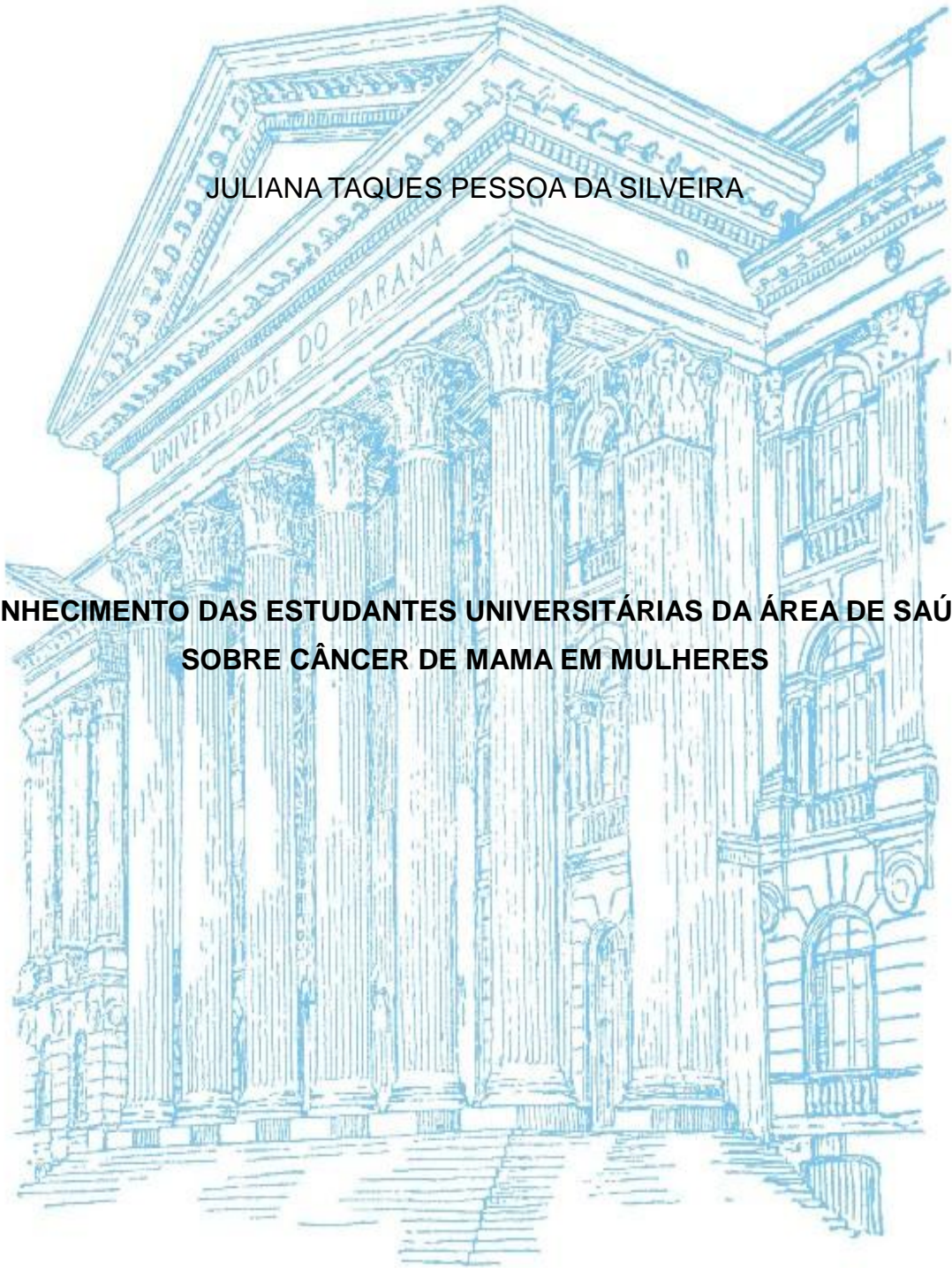


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JULIANA TAQUES PESSOA DA SILVEIRA

**CONHECIMENTO DAS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS DA ÁREA DE SAÚDE
SOBRE CÂNCER DE MAMA EM MULHERES**



CURITIBA

2012

JULIANA TAQUES PESSOA DA SILVEIRA

**CONHECIMENTO DAS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS DA ÁREA DE SAÚDE
SOBRE CÂNCER DE MAMA EM MULHERES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marilene Loewen Wall

CURITIBA

2012

Silveira, Juliana Taques Pessoa da
Conhecimento das estudantes universitárias da área da saúde
sobre câncer de mama em mulheres / Juliana Taques Pessoa da
Silveira – Curitiba, 2012.

105 f.: il. (algumas color.); 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Marilene Loewen Wall
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do
Paraná, 2012.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Saúde da mulher. 3. Câncer de mama.
4. Estudantes. 5. Conhecimento. I. Wall, Marilene Loewen.
II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

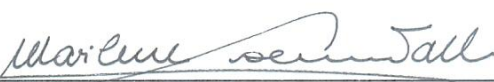
CDD 618.19

TERMO DE APROVAÇÃO

JULIANA TAQUES PESSOA DA SILVEIRA

CONHECIMENTO DAS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS DA ÁREA DA SAÚDE SOBRE CÂNCER DE MAMA EM MULHERES

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: 

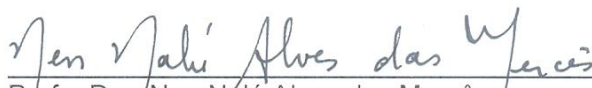
Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Profa. Dra. Telma Elisa Carraro

Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC



Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 27 de novembro de 2012.

*Dedico este trabalho ao meu esposo Gláucio,
que é exemplo de dedicação em tudo que faz.*

Te amo.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, meu Pai e Senhor, por estar presente na minha vida em todos os momentos.

À minha querida orientadora **Professora Dr^a Marilene Loewen Wall**, por sua competência, simplicidade e paciência e por estar sempre presente. É meu exemplo de vida e de profissionalismo.

Ao meu esposo **Gláucio**, amor da minha vida, que mesmo nos momentos difíceis sempre me apoiou e incentivou a continuar.

À minha **família**, por estar sempre presente, especialmente minha mãe **Sueli**: obrigada pelas suas orações.

À minha amiga **Eliane**, confidente e parceira nos momentos difíceis. Você é muito especial.

Às minhas amigas pelo carinho e apoio. Em particular às amigas **Jane Palinski, Deisi Forlin, Giseli Zanlorenzi, Andréa Cristina, Vanessa Comassetto**.

À Professora e amiga **Silvana Kissula**, meu respeito e gratidão.

Aos membros do Grupo de Pesquisa **NEPECHE**, pela contribuição na realização deste trabalho.

Ao **Departamento de Enfermagem da UFPR**, onde tudo começou. Em especial às Professoras Magda Nanuck G. H. R. Pinto, Verônica de Azevedo Mazza e Marialda Martins.

Às **acadêmicas dos Cursos de Enfermagem e Medicina**, por sua contribuição neste trabalho.

"Bendito o homem que confia no Senhor e cuja
esperança é o Senhor.

Porque ele é como árvore plantada, junto
às águas, que estende as suas raízes para o
ribeiro e não receia quando vem o calor, mas a
sua folha fica verde; e, no ano de sequeidão, não
se perturba, nem deixa de dar fruto".

Jeremias, 17, 7-8.

RESUMO

SILVEIRA, J.T.P. **Conhecimento das estudantes universitárias da área da saúde sobre câncer de mama em mulheres.** 2012. 105f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marilene Loewen Wall.

Com a redefinição dos papéis femininos, possibilitando a ocupação das mulheres nos espaços anteriormente ocupados somente pelos homens, a mulher passou a exercer diversas funções, além de estudar e se dedicar à família. Esta mudança de comportamento expôs a mulher à fatores de risco associados ao desenvolvimento de patologias do aparelho reprodutor. Estes fatores podem ser encontrados no ambiente físico, ser hereditários, ou até mesmo, representados por costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural. Diante disso, o câncer de mama atualmente é a doença que mais acomete as mulheres e estima-se para os anos de 2012/2013 o aparecimento de 52.680 novos casos. Considerando que a acadêmica da área da saúde se encaixa no perfil de mulher contemporânea, que trabalha, possui família e estuda, esta pesquisa teve como objetivo caracterizar o conhecimento de estudantes universitárias da área da saúde sobre o câncer de mama em mulheres. Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa descritiva, com estudantes universitárias dos cursos de enfermagem e de medicina, de uma Universidade pública do Paraná, realizada entre abril e junho de 2012, por meio de entrevistas áudio-gravadas, com um instrumento semi-estruturado. A amostra total foi de 11 estudantes. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde, com registro CEP/SD: 703.038.09.05, CAAE: 0017.0.091.085-09. Para análise dos resultados foram seguidos os passos propostos por Jonh W. Creswell: 1 - Organizar e preparar os dados para análise; 2 - Ler todos os dados; 3 - Iniciar a análise detalhada pelo processo de codificação; 4 - Utilizar o processo de codificação para descrever o local ou as pessoas, as categorias ou temas para análise; 5 - Informar como a descrição e os temas serão representados na narrativa qualitativa e 6 - Interpretação dos dados. E quanto ao conhecimento pertinente, as categorias foram predeterminadas pelo referencial de Edgar Morin e suas dimensões: a dimensão *contexto*, *global*, *multidimensional* e a dimensão *complexo*. Conclui-se que o conhecimento pertinente é possível, porém precisa haver a intenção durante a formação acadêmica, que este não seja fragmentado, ou seja, deve-se formar para o todo e não apenas para as partes, tanto do indivíduo, quanto da sociedade. A caracterização do conhecimento sobre câncer de mama se dá pelo conhecimento do conjunto de todas as informações referentes ao cuidado da patologia, desde o seu diagnóstico, tratamento, fatores de risco, reabilitação, bem como das políticas públicas e programas preconizados pelo INCA e MS. Também, é parte integrante do cuidado e este abrange além do saber científico, todas as dimensões propostas nesta pesquisa, considerando que é parte essencial da vida e deve ser desenvolvido de maneira a permitir uma melhor aproximação entre o ser cuidado e o cuidador. É necessário que outras pesquisas venham a complementar e estimular entre todos os profissionais da área da saúde o desenvolvimento de saberes que tenham como objetivo transformar o contexto ao qual irão atuar, principalmente no que se refere ao câncer de mama.

Palavras-chave: Enfermagem. Câncer de mama. Saúde da mulher. Estudantes. Conhecimento.

ABSTRACT

SILVEIRA, J.T.P. **The knowledge of health sciences undergraduate female students regarding women breast cancer.** 2012. 105f. Dissertation [Nursing Master's Degree] – Federal University of Paraná, Curitiba, Brazil. Advisor: Prof^a. Dr^a. Marilene Loewen Wall.

With the redefinition of women's role, which enabled women to occupy spaces previously occupied solely by men, the woman begins to play various functions, beyond studying and taking care of the family. This behavioral change exposed her to risk factors related to the development of reproductive apparatus diseases. These factors could be found in the environment, genetics, or even represented by specific habits of a given social and cultural setting. This stated, breast cancer is actually the most common disease among women and for the years 2012/2013 it is estimated that 52680 new cases will be uncovered. Considering that the health sciences undergraduate student has the profile of the contemporary woman, who works, has a family and studies, this research main objective was to characterize the knowledge of health sciences undergraduate female students regarding women breast cancer. It is a field research, of qualitative and descriptive approach, with female undergraduate nursing and medical students, from a public university in Paraná. It was conducted from April to June, 2012, by recorded interviews using a semi-structured questionnaire. The total sample consisted of 11 students. The research project was approved by the Health Sector Ethics on Research Committee, under the register number CEP/SD: 703.038.09.05, CAAE: 0017.0.091.085-09. Data analysis followed the steps suggested by John W Creswell: 1- To organize and prepare data for analysis; 2- Read all data; 3- Begin detailed analysis by coding; 4- Use the coding process to describe the setting or people, categories and themes for analysis; 5- Inform how description and themes will be represented in the qualitative narrative; and 6- Data interpretation. Regarding the pertinent knowledge, categories were pre-established using Edgar Morin's referral and its dimensions: dimensions context, global and multidimensional and dimension complex. It is concluded that the pertinent knowledge is possible, but it is necessary to have the intention during academic training. It should not be fragmented and must focus on the whole of both individuals and societies and not only on their parts. The characterization of the knowledge regarding breast cancer occurs by the acknowledgement of all information related to the pathology: diagnosis, care, treatment, risk factors, rehabilitation, as well as the public policies and programs recommended by INCA and the Health Ministry. Also, it is a part of caring, and it covers not only the scientific knowledge, but also all dimensions suggested in this research, considering that it is an essential part of life and must be developed in a way to permit a better approximation between the being cared of, and the caregiver. Other researches are needed in order to complement and stimulate the development of the knowledge that could transform the settings in which all health care professionals will perform their practice, mainly regarding breast cancer.

Key Words: Nursing. Breast Cancer. Women's Health. Students. Knowledge.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	PROCESSO DA CARCINOGENÊSE	27
-----------------	--	-----------

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	ESTIMATIVAS DO NÚMERO DE CASOS NOVOS DE CÂNCER (EXCETO PELE NÃO MELANOMA) NAS MULHERES PARA O ANO DE 2012	22
TABELA 2	NÚMERO TOTAL DE CASOS NOVOS DE CÂNCER EM HOMENS E MULHERES (EXCETO PELE NÃO MELANOMA) POR REGIÕES DO BRASIL.....	23
TABELA 3	NÚMERO TOTAL DE ÓBITOS POR CÂNCER, DISTRIBUÍDO POR FAIXA ETÁRIA, HOMENS E MULHERES, BRASIL, DE 2005 A 2010	24

LISTA DE SIGLAS

AEM - Autoexame das Mamas
BRCA - Breast Cancer
ECM - Exame Clínico das Mamas
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA – Instituto Nacional do Câncer
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNAO – Política Nacional de Atenção Oncológica
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
RCPB – Registros de Câncer de Base Populacional
RHC – Registro Hospitalares de Câncer
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM - Classification of Malignant Tumours
USG - Ultrassonografia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 CÂNCER DE MAMA EM MULHERES NO BRASIL	21
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL	29
2.3 DETECÇÃO PRECOCE	37
2.3.1 Exame Clínico das Mamas – ECM	40
2.3.2 Autoexame das Mamas – AEM	41
2.4 TRATAMENTO E PROGNÓSTICO	42
2.4.1 Cuidados Paliativos	45
2.5 CONHECIMENTO	47
2.6 CONHECIMENTO PERTINENTE	56
3 MATERIAL E MÉTODOS	60
3.1 ASPECTOS ÉTICOS	60
3.2 TIPO DE ESTUDO	61
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	62
3.4 REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	63
3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	64
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
4.1 DIMENSÃO CONTEXTO	67
4.2 DIMENSÃO GLOBAL	74
4.3 DIMENSÃO MULTIDIMENSIONAL	78
4.4 DIMENSÃO COMPLEXO	81
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	98
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	98
APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO	101
ANEXOS	102
ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	103

1 INTRODUÇÃO

Atualmente as mulheres vêm demonstrando a sua importância na sociedade com a força de trabalho e seu papel fundamental no núcleo familiar, buscando qualificação profissional e qualidade de vida.

Mas nem sempre foi assim. Para conquistar posição de maior prestígio e obter a igualdade com os homens no mercado profissional, muitas mudanças ocorreram, principalmente através dos Movimentos Feministas. Estes tiveram início no Brasil na década de 1975, como movimento social e proposta política, no qual integrava-se também “as esferas familiar, do trabalho, da educação, da violência e da saúde, indo além da esfera dos direitos civis e políticos” (PITANGUY, 2002, p. 4).

Foi a partir dessa época que iniciou a introdução da mulher no mercado de trabalho, o que ocasionou uma ruptura com o antigo papel social que era lhe atribuído: reprodução. Nesse momento, o foco das mulheres tornou-se outro, que foi o de controlar a fecundidade e praticar a anticoncepção. Assim, com os novos padrões de comportamento sexual e a sexualidade plena, houve a separação da maternidade frente à esses aspectos, implicando a necessidade da criação de políticas públicas que favorecessem esse novo fluxo (COSTA, 2009).

Mesmo com períodos de variações, com maior ou menor expressão, uma grande vitória do movimento feminista foi ter incorporado as questões que até hoje são essenciais para as políticas de assistência à saúde da mulher, como questões ligadas à violência de gênero, discriminação da mulher no trabalho, na família, na educação e na política, tornando assim, questões de governabilidade (PITANGUY, 2002).

Nesse cenário, a redefinição dos papéis femininos, o que possibilitou a ocupação das mulheres nos espaços anteriormente ocupados somente pelos homens, forneceu à mulher uma mobilidade social expressiva, modificando a vida e suas relações, principalmente no ambiente familiar. Porém, essa diversidade de papéis, vem comprometendo sua qualidade de vida. Mesmo que pareça ser óbvio, que para a mulher é gratificante viver o prazer de ser mulher, mãe e profissional, é necessário considerar que o mundo capitalista submete a mulher a novas regras, aprofundando o que historicamente também é fato, mulheres cuidam dos outros, mas, não aprendem a cuidar de si (GUEDES, SILVA E COELHO, 2007).

Teykal e Rocha-Coutinho (2003) referem que existe uma desvalorização do

trabalho doméstico, em decorrência de uma valorização da mulher profissional. Além dessas cargas, entre o público e o privado, não foi dada à mulher a divisão dos trabalhos domésticos e os cuidados com a família (GUEDES, SILVA E COELHO, 2007). Além disso, as mudanças ocorridas nas últimas décadas, relacionadas principalmente aos hábitos alimentares e de comportamento faz com que a maioria das mulheres fique exposta a fatores de riscos cardiovasculares, o que representa uma maior causa de morbidade e mortalidade no Brasil, bem como das patologias associados ao sistema reprodutor, como o câncer de mama (ALMEIDA; ALMEIDA; ARAÚJO, 2009).

Estes fatores podem ser encontrados no ambiente físico, ser hereditários, ou até mesmo, representados por costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural. Em uma determinada população, o risco de câncer depende dessas condições ambientais, sociais, políticas e econômicas, além das características biológicas dos indivíduos que compõem essa população. Podemos citar algumas das principais causas de câncer: alimentação (30%), tabagismo (30%) e hereditariedade (15%) (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o câncer de mama é uma das patologias que mais acomete as mulheres atualmente. Estimativas do Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2011a), apontam o câncer de mama como o segundo mais comum no mundo e o mais frequente entre as mulheres.

Estudos indicam que para o ano de 2012 o Brasil apresentará um total de 52.680 novos casos, o que significa uma incidência de 52,5/100.000 mulheres. A estimativa mostra que na região Sudeste e Sul, a frequência é ainda maior: 69 e 65/100.000 mulheres, respectivamente (BRASIL, 2011a).

No Brasil, essa elevada taxa de incidência é justificada principalmente pelo diagnóstico tardio e quando diagnosticado, as mulheres apresentam estágio avançado da doença (BRASIL, 2009). Nesse sentido, o câncer constitui um problema de saúde pública tanto para um país em desenvolvimento quanto para um país desenvolvido, pois está associado a diversos fatores de risco (BRASIL, 2008). Dentre estes, podemos citar como o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença, a idade, especialmente até os 50 anos, mas depende também das condições sociais, ambientais, políticas e econômicas, igualmente das características biológicas das mulheres dos grupos populacionais considerados de risco (BRASIL, 2011).

Segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), *fator de risco* é definido como “aspecto do comportamento individual ou do estilo de vida, exposição ambiental ou características hereditárias ou congênitas que, segundo evidência epidemiológica, está sabidamente associado a uma condição relacionada com a saúde considerada importante de ser prevenida” (BVS, 2011).

Nesse contexto, os fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer de mama são: história familiar de câncer de mama, câncer prévio de mama, doença mamária benigna, susceptibilidade genética, dieta rica em gordura, menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal (BRASIL, 2008).

Além desses, existe ainda um conjunto de fatores que podem ser definidos como fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são “a idade, a etnia ou raça e a herança genética” e como fatores extrínsecos, podemos citar “o uso do tabaco, do álcool, hábitos inadequados de alimentação, sedentarismo, agentes infecciosos, radiação ultravioleta, exposições ocupacionais, poluição ambiental, radiação ionizante, obesidade e situação socioeconômica” (BRASIL, 2008, p. 141).

Outra situação importante que é considerada como uma exposição cumulativa no tempo e considerado um fator de risco que aumenta com a idade, é o uso de drogas hormonais e imunossupressão. No entanto, é importante salientar, que o que determina o risco individual para o desenvolvimento da doença é a interação entre fatores modificáveis e não-modificáveis, ou seja, hábitos que estão relacionados com o comportamento e outros, como hereditariedade, etnia/raça, gênero, respectivamente (BRASIL, 2011).

Os programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MS) para o rastreamento do câncer de mama devem favorecer as ações de prevenção e detecção precoce, que tem como objetivo a identificação de mulheres assintomáticas ou que estejam em estágio precoce da doença. Dessa maneira, são utilizados recursos terapêuticos mais eficazes, evitando-se a mutilação, por meio de um tratamento com maior controle, resultando na diminuição de mortes pela doença (BRASIL, 2008).

Diante de tais fatos, devido o estágio pré-invasor do câncer de mama ser longo, podendo durar anos, a diminuição da mortalidade pela doença pode ser significativa, quando diagnosticado e tratado nos estádios I e II, ou seja, fases em

que a doença ainda não está tão avançada e a cura tem um ótimo prognóstico. E como estratégias para o rastreamento do câncer de mama, os principais exames recomendados são o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia (BRASIL, 2008).

O rastreamento, conhecido como *screening*, consiste na realização da busca ativa de pessoas assintomáticas, as quais pertencem a um determinado grupo populacional, que serão examinadas com o propósito de identificar lesões precursoras ou cancerígenas em estado inicial. Neste ato, pode-se encontrar indivíduos com lesões iniciais e lesões avançadas da doença, e esses serão encaminhados e submetidos à investigação diagnóstica e posterior tratamento em caso positivo da doença (BRASIL, 2008).

Nesse aspecto, o câncer de mama apresenta todas as características de doença que deve seguir como estratégia o rastreamento populacional. Assim, o ECM deve ser realizado pelo profissional de saúde treinado, médico ou enfermeiro, sendo parte integrante do exame físico e ginecológico. Tem como objetivo a detecção de neoplasia maligna ou de qualquer outra patologia benigna (BRASIL, 2008). Mesmo não havendo estudos suficientes que mostrem que o ECM não é efetivo para redução da mortalidade por câncer de mama, estudos na Alemanha e no Japão demonstraram que houve uma redução da mortalidade de 25% e 42% respectivamente, entre as mulheres submetidas ao ECM (BRASIL, 2008).

As vantagens do ECM são o seu baixo custo, sua sensibilidade e inocuidade, e por parte da mulher, há uma boa aceitação, principalmente se for realizado por uma profissional mulher, porém como desvantagem, os tumores abaixo de 2cm de diâmetro não podem ser palpados (BRASIL, 2008).

Segundo o Documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama, criado pelo INCA em 2004, além do ECM como parte fundamental do diagnóstico precoce do câncer, que deve ser realizado em todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com frequência anual, o MS recomenda outros métodos, que devem ser utilizados para complementá-lo, como a ultrassonografia (USG), que serve como apoio diagnóstico não invasivo, em casos que a mulher apresente lesões palpáveis e que a mesma tenha idade inferior a 35 anos (BRASIL, 2004).

No entanto, convém ressaltar, que um dos métodos mais eficazes na detecção do câncer de mama ainda é a mamografia, considerado um método ideal, sendo sua técnica eficaz e confiável, pois identifica lesões subclínicas e deve ser

realizado pelo menos a cada dois anos por mulheres com idade de 50 a 69 anos, e anualmente, a partir de 35 anos para mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado para desenvolver câncer de mama (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, não existe uma forma de evitar o câncer de mama, porém a detecção precoce por meio da palpação das mamas, através do autoexame das mamas, pode ser uma estratégia eficaz, uma vez que este é considerado como prevenção secundária do câncer de mama (FERNANDES; VIANA; MELO E SILVA, 2007).

O autoexame das mamas (AEM) é a técnica pela qual a mulher realiza a palpação das mamas, conhecendo o seu próprio corpo, identificando possíveis alterações. Esta técnica foi por muito tempo, incentivada como detecção precoce, no entanto, pesquisas demonstraram que a sua efetividade não é garantida para redução do câncer de mama (BRASIL, 2008).

Segundo a Sociedade Americana de Câncer (2012), o autoexame das mamas não é recomendado para a detecção do câncer de mama, pois consideram uma técnica limitada e deve ser utilizada para conhecimento do próprio corpo, recomendando que ao encontrar qualquer alteração, a mulher deve procurar o médico ou enfermeira. Também, é necessário que as mulheres, a partir dos 20 e 30 anos, realizem o ECM pelo profissional periodicamente, para que os mesmos conheçam sua história e possam realizar avaliações e encaminhamentos para exames específicos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2012).

Nesse sentido, o AEM deve ser estimulado pelos profissionais de saúde como cuidado de si, pois é um procedimento que não tem efeito colateral adverso, favorecendo a mulher conhecer o seu corpo, salientando que este não substitui o ECM, realizado por um profissional de saúde (BRASIL, 2008).

Os profissionais de saúde, no entanto, devem estar capacitados para tal procedimento. Em estudo realizado por Lopes (2010), verificou-se que os profissionais que deveriam estar habilitados para realizar o ECM e informar à mulher sobre como proceder na realização do AEM, não sabem orientar sobre o auto exame, bem como demonstraram insegurança, desinformação e desatualização sobre os programas de detecção precoce de câncer de mama vigentes no momento.

Pode-se perceber também que há necessidade de adquirir, pelos profissionais de saúde, conhecimentos das ciências humanas e sociais para qualificar a assistência, pois em pesquisa realizada por Domingues e Chaves (2005), os

profissionais consideram no seu cotidiano o conhecimento científico oriundo apenas da esfera biológica, não integralizando dessa forma o atendimento.

Dentre outros aspectos, o câncer de mama na mulher, que pode resultar, a longo ou médio prazo, na mutilação da mama, afeta ainda profundamente suas dimensões biopsicossocioespirituais, resultando em uma gama de sentimentos negativos, como ansiedade, choque, desespero, depressão e medo, podendo também levar a mulher à morte (DAVIM *et al*, 2003).

Pode-se considerar ainda, que a mulher não está sozinha nesse contexto. Ela é influenciada pelo meio em que vive, rodeada por pessoas, como um grupo social ou a família, com os quais se relaciona intimamente. Nesse círculo das relações pessoais e sociais, essas pessoas mais próximas são as mais importantes e que têm implicações diretas no tratamento da mulher com câncer, bem como são os que mais sofrem e passam também, por momentos de muita angústia (CORBELLINI, 2001).

Em pesquisa realizada por Sales *et al* (2001), sobre as mudanças positivas e negativas após o diagnóstico de câncer de mama, foram relatadas pelas mulheres, o comportamento das outras pessoas, ou seja, o distanciamento, curiosidade e discriminação como situações negativas, bem como os problemas físicos relacionados com a consequência da doença, como introversão, a dependência dos outros, o nervosismo, o choque das pessoas, medo, a vergonha de se vestir e problemas como alimentação e sono.

No entanto, como aspectos positivos, os autores referiram que mesmo àquelas mulheres que moravam sozinhas, tiveram apoio de amigos e vizinhos ao contar sobre a doença para estes, percebendo dessa maneira, um sentimento de alívio, despreocupação e a sensação de serem pessoas normais, salientando que após essa atitude, houve até mesmo a ausência de sintomas – como a dor (SALES *et al*, 2001).

Além disso, deve-se considerar a bagagem que a mulher traz, ou seja, muitas questões culturais que podem afetar a sua prática para uma possível detecção precoce de determinadas patologias, inclusive o câncer de mama. Estas questões podem ser, a falta de conhecimento e a intimidade com o próprio corpo associados ao medo de tocá-lo e senti-lo sem culpa, medo de procurar um profissional de saúde ou ainda questões sociais, podem criar barreiras no acesso à detecção precoce (DAVIM *et al*, 2003).

Essas questões corroboram com estudo realizado por Gonçalves *et al* (2009) e na pesquisa de Ferreira e Oliveira (2006), em que a autopalpação acidental das mamas, foi a principal forma de detecção precoce da neoplasia mamária daquelas participantes já diagnosticadas com a doença, indicando a ausência da realização dessa prática como rotina. Assim, esse processo de cuidado de si da mulher, o aprender a realizar o autoexame e examinar a mama, deve fazer parte da rotina diária da mulher (FERNANDES *et al*, 2007).

Para Silva *et al* (2009), essa prática, além de contribuir para o conhecimento do próprio corpo, favorece também ao amadurecimento, à aquisição de habilidades e de conhecimento, além do desenvolvimento de um conceito de saúde. Isso corrobora para uma consciência crítica que pode estimular a tomada de decisões pessoais em relação à sua saúde, delineando um empoderamento com responsabilidade social.

No entanto, para que a mulher desenvolva esta prática é necessário que ela busque informações corretas, pois Silva *et al* (2009) afirma que, a informação “pode trazer alterações para a própria consciência do homem em sociedade”.

Para Branco:

O conhecimento é construído a partir da acumulação de informações, consolidando-se através de permanente atualização, que confronta antigas e novas informações, adquiridas a todo momento. [...] o valor da informação está intimamente relacionado à capacidade que a mesma tem de alterar o estado de conhecimento. Esta capacidade depende de diversos fatores, tais como a forma como a informação é expressa, o que poderá torná-la mais ou menos inteligível. (BRANCO, 2001, p. 164).

Em uma pesquisa realizada por Macedo (2011), com profissionais de enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde, na cidade de Curitiba, Paraná, fica claro que os profissionais fazem as orientações preconizadas pelo MS, porém apresentam dificuldades para caracterizar quando se deve iniciar a orientação para detecção precoce do câncer de mama. No entanto, a falta de preparo pelos profissionais ou a compreensão dos mesmos para a importância dessa prática se mostra desvalorizada.

Na mesma pesquisa, outra questão que se faz relevante são as orientações transmitidas pelos profissionais para realização do autoexame das mamas para as usuárias, demonstrando nas falas dos profissionais, a necessidade de uma

avaliação nas informações repassadas à população, ou seja, educação permanente, ou seja, a atualização profissional (MACEDO, 2011).

Nessa perspectiva, Pirhardt e Mercês (2008), descrevem que o nível de conhecimento de estudantes universitários da área de saúde, ou seja, futuros profissionais, sobre alguns aspectos relacionados ao câncer de mama, deve ser repensado numa abordagem inter e pluridisciplinar, onde a educação em saúde deve ser integrada como conteúdo curricular imprescindível, não somente como informação, mas levando-se em conta o contexto social dos universitários, seus valores, crenças e conhecimento.

Ademais, estudantes da área da saúde se apropriam de conhecimentos que lhe serão úteis no decorrer de sua prática profissional, o que pode gerar a adoção e implementação deste saber adquirido, para seu cotidiano e vida pessoal, contribuindo para atitudes de promoção de saúde, fortalecendo aptidões necessárias ao desenvolvimento profissional responsável (BEGHINI; SALIMENA; MELO e SOUZA, 2006).

O interesse pelo tema surgiu quando estava como professora auxiliar, na Universidade Federal do Paraná, 2008 a 2010, vivenciando a realidade das unidades de saúde, juntamente com alunos do sexto período. Além do gosto pela temática, agregou-se ao fato do câncer de mama atingir pessoas muito próximas a mim, como uma amiga e uma tia, as quais passaram por todos os estádios da patologia, demonstrando muita força e determinação para enfrentar esta fase da vida.

Assim, percebi que a saúde da mulher ainda requer um olhar carinhoso e que existem muitos profissionais que desejam que esse olhar alcance a todas as mulheres, principalmente àquelas que fazem parte de um perfil no qual eu mesma me encaixo: estudantes, mães, donas de casa, profissionais, esposas, ou seja, mulheres reais.

Dessa forma, considerando que a acadêmica da área da saúde, se encaixa no perfil de mulher contemporânea, que trabalha, possui família e estuda, a mesma pode ter vivência e experiência com a situação de câncer de mama, esta pesquisa teve como questão norteadora: “Qual o conhecimento de estudantes universitárias da área da saúde sobre câncer de mama em mulheres?”. E para respondê-la, o objetivo foi: caracterizar o conhecimento de estudantes universitárias sobre o câncer de mama em mulheres.

É importante salientar que nesta pesquisa, por buscarmos a caracterização do conhecimento, observamos por meio dos dados, a falta de conhecimento, caracterizada por informações não relevantes à temática, isto é, que não referem o que preconiza o INCA e o MS.

Essa proposta de estudo foi desenvolvida no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR, insere-se na Linha de Pesquisa “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem”, indo ao encontro dos estudos desenvolvidos no Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem – NEPECHE, na área temática, “Saúde da Mulher”.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta revisão de literatura foram abordados alguns temas que serviram de alicerce para o desenvolvimento desta fase do estudo. O primeiro tema foi o câncer de mama em mulheres no Brasil, dando um enfoque epidemiológico em relação à incidência da doença no país, bem como sobre a mudança do perfil de adoecimento da população brasileira. No segundo tema, foi descrito sobre a Atenção Primária e as Políticas Públicas que se aplicam ao controle do câncer de mama.

A seguir, os principais programas estabelecidos pelo INCA, este articulado com o Ministério da Saúde, seu principal órgão auxiliar no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil, compreendendo as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, referenciais estes, considerados essenciais para o desenvolvimento desta revisão.

E versamos ao final desta revisão, sobre o conhecimento, no qual discorreu-se sobre a sua relação com o sujeito, ressaltando a transformação/evolução deste diante do novo saber e seus diversos tipos.

2.1 CÂNCER DE MAMA EM MULHERES NO BRASIL

As transformações demográficas, sociais e epidemiológicas em conjunto com outras mudanças nas causas de mortalidade e morbidade que vêm ocorrendo no Brasil nas últimas décadas, são chamadas de transição epidemiológica ou mudança do perfil epidemiológico (BRASIL, 2011).

E em relação ao câncer, podemos referir alguns fatores, como a maior exposição a agentes cancerígenos, em relação ao trabalho, à alimentação e ao consumo; a maior expectativa de vida e o envelhecimento populacional, que estão relacionados com a diminuição do número de filhos por mulher e a melhoria das condições econômicas e sociais; a evolução da medicina e o uso de drogas mais potentes e a vacinação; o aprimoramento dos métodos para detecção do câncer; o aumento no número de mortes pela doença e por fim, a melhoria da qualidade e do registro da informação (BRASIL, 2011).

Com isso, houve um aumento da incidência de cânceres associados ao melhor nível socioeconômico - câncer de mama, próstata e reto. Do mesmo modo,

também observam-se as elevadas taxas de tumores que estão geralmente associados a condições socioeconômica mais baixa: câncer do colo do útero, estômago, cabeça e pescoço. Estes fatos seguem uma tendência mundial, pois devido ao envelhecimento da população e intenso processo de urbanização, as doenças parasitárias e infecciosas deixaram de ser a principal causa de morte, mudando dessa forma o perfil das enfermidades no Brasil. Ainda, é preciso perceber uma particularidade apresentada no país: grandes dimensões territoriais, com diferentes aspectos culturais, sociais e econômicos, o que pode influenciar na ocorrência das patologias, igualmente na distribuição dos fatores de risco (BRASIL, 2011).

O INCA, como um órgão assessor, executor e coordenador da Política Nacional de atenção Oncológica do MS (GM/MS n. 2.439/2005), além de buscar reduzir o impacto regional e global da doença por meio de redes de cooperação de conhecimento técnico e científico, também atua no desenvolvimento de programas e ações, incluindo projetos, campanhas, estudos e pesquisas (BRASIL, 2012).

Estimativas do INCA para este ano de 2012, bem como para o ano de 2013, são mais de 518.510 novos casos de câncer, incluídos nesse montante, o câncer da pele e sendo também um dos mais incidentes, o câncer de mama em mulheres, com possibilidade para o desenvolvimento de 52.680 novos casos (TABELA 1) (BRASIL, 2011a).

TABELA 1 – ESTIMATIVAS DO NÚMERO DE CASOS NOVOS DE CâNCER (EXCETO PELE NÃO MELANOMA) NAS MULHERES PARA O ANO DE 2012, BRASIL

LOCALIZAÇÃO	CASOS NOVOS	%
Mama Feminina	52.680	27,9
Colo Útero	17.540	9,3
Cólon e Reto	15.960	8,4
Glândula Tireóide	10.590	5,6
Traquéia, Brônquio e Pulmão	10.110	5,3
Estômago	7.420	3,9
Ovário	6.190	3,3
Corpo do Útero	4.520	2,4
Sistema Nervoso Central	4.450	2,4
Linfoma não Hodgkin	4.450	2,4

FONTE: Estimativas – 2011 / Instituto Nacional do Câncer / MS.

Em relação às regiões abrangentes, o Sul e o Sudeste, são as regiões, de

maneira geral, que devem apresentar a maioria das taxas, sendo que as regiões Norte e Nordeste aparecem com as menores taxas de incidência. Em um padrão intermediário, fica a região Centro-Oeste do país. Esses dados podem ser observados na TABELA 2 (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, o conhecimento epidemiológico da doença, através da distribuição da incidência e da mortalidade por câncer, abrangendo aspectos etiológicos e fatores prognósticos são de grande importância para geração de hipóteses, além dos avanços científicos na detecção precoce e cura da doença (PIRHARDT; MERCÊS, 2008).

E ao abordarmos a estimativa de casos novos de câncer de mama em mulheres, devemos considerar alguns aspectos nesta análise: a região geográfica; a mortalidade proporcional e a mortalidade por faixa etária e sexo.

Nesse cenário, para cada tipo específico de neoplasia maligna, existem fatores etiológicos e aspectos prognósticos específicos. Assim, para conhecimento epidemiológico, esses fatores são muito importantes, além de ser fundamental para a distribuição da incidência e da mortalidade por câncer nas mulheres, sendo através desses, a criação de medidas efetivas para o controle da ocorrência de casos novos nas diferentes regiões geográficas do país (BRASIL, 2006).

TABELA 2 – NÚMERO TOTAL DE CASOS NOVOS DE CÂNCER EM HOMENS E MULHERES (EXCETO PELE NÃO MELANOMA) POR REGIÕES DO BRASIL, 2011.

REGIÃO	ESTIMATIVAS DE CASOS NOVOS	
	HOMENS	MULHERES
Sudeste	133.040	139.850
Sul	48.180	42.760
Nordeste	42.480	45.870
Centro-Oeste	23.700	20.930
Norte	10.470	11.230
BRASIL	257.870	260.640

FONTE: Estimativas – 2011 / Instituto Nacional do Câncer / MS.

Entendendo que a vida moderna, ou seja, a que nos submetemos hoje, trocando a vida rural pela cidade, optando por alimentos industrializados devido à rotina maçante e o sedentarismo, levou a um aumento de peso entre as pessoas, exacerbando as doenças crônicas como câncer e doenças do coração. Além de todos os fatores externos, citados na pesquisa do World Cancer Research Fund

WCRF/AICR, como fatores físico ambientais, econômicos e sociais, o padrão alimentar, influenciam a acessibilidade, disponibilidade e aceitação para uma mudança no estilo de vida mais saudável, ou seja, mesmo que a pessoa tenha informações sobre os fatores de risco para adquirir a doença, o seu estilo de vida individual é relevante. Por isso a necessidade de ações conjuntas para controlar e detectar precocemente o câncer no Brasil e no Mundo (BRASIL, 2009).

O INCA e o Fundo Nacional de Pesquisa contra o Câncer / World Cancer Research Fund (WCRF/AICR, 2009), juntos, realizaram um documento contendo recomendações centradas em funções básicas como alimentação e nutrição, atividade física, aleitamento materno e estilo de vida saudável, identificando as políticas públicas de saúde que são relevantes à detecção precoce de câncer no Brasil. Essas perspectivas contempladas nesse documento foram idealizadas especificamente para o Brasil, porém atendem à perspectiva global.

Na década de 50, os principais problemas enfrentados pela saúde pública eram provenientes da extrema pobreza e privação, não deixando de ser pertinente atualmente, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Porém, os problemas atuais do Brasil não diferem dos problemas enfrentados por países desenvolvidos: a obesidade, doenças do aparelho circulatório e o câncer, que atinge comunidades pobres e em tal grau, comunidades ricas (BRASIL, 2009).

E esse processo de urbanização, está relacionado ao desenvolvimento de câncer de mama nas mulheres. Destaca-se ainda que ao contrário do câncer do colo do útero, a sua ocorrência está associado às mulheres com padrão de vida socioeconômico elevado (BRASIL, 2011).

No entanto, um dos principais fatores de risco para o câncer de mama continua sendo a idade (TABELA 3). Até os 50 anos, as taxas de incidência aumentam, e após esse período, esse aumento é mais lento. Além dos fatores já determinados, como os que são relacionados à vida reprodutiva da mulher, ou seja, a menarca precoce, menopausa tardia, uso de anticoncepcional oral, a nuliparidade, bem como a primeira gestação após os 30 anos de idade, terapia de reposição hormonal, história familiar de câncer de mama e alta densidade do tecido mamário, alguns estudos concluíram que a exposição à radiação ionizante, mesmo que por pouco tempo, é considerada como fator de risco (BRASIL, 2011).

Ademais, segundo o INCA (BRASIL, 2010), os óbitos por câncer de mama ocupam o primeiro lugar no país, considerando o fator idade, o que aumenta

progressivamente esse índice, conforme observamos na TABELA 3.

TABELA 3 – NÚMERO TOTAL DE ÓBITOS POR CÂNCER, DISTRIBUÍDO POR FAIXA ETÁRIA, HOMENS E MULHERES, BRASIL, DE 2005 A 2010.

Faixa Etária	Homens		Mulheres	
	Número de óbitos	Taxa Específica	Número de óbitos	Taxa Específica
00 a 04	2306	4,62	1871	3,89
05 a 09	2164	4,17	1623	3,24
10 a 14	2187	4,11	1764	3,42
15 a 19	3158	5,84	2237	4,21
20 a 29	7820	7,64	7460	7,23
30 a 39	13000	15,58	20097	23,01
40 a 49	41149	61,47	49577	69,02
50 a 59	92070	199,93	80820	159,68
60 a 69	124843	450,38	94035	292,40
70 a 79	132331	898,93	98465	522,37
80 ou mais	88429	1.487,02	78034	873,04
Idade Ignorada	223	-	106	-
Total	509680	-	436089	-
Tx Bruta	-	91.62	-	75.73
Tx Mundial (1)	-	103.69	-	72.92
Tx Brasil (2)	-	88.95	-	63.2

FONTE: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação.

(1) População Padrão Mundial, modificada por Doll *et al.* (1966)

(2) População Padrão Brasileira – Censo Demográfico de 2000 - IBGE

Assim, diante desses dados, é imprescindível a existência de Registros de Câncer de base populacional – RCPB e Registros hospitalares – RHC, os quais devem conter informações concisas, devidamente atualizadas e padronizadas para sustentar e direcionar a vigilância epidemiológica do câncer no país (BRASIL, 2011).

Além de implantar, acompanhar e aprimorar os RCPBs e os Rhs, realizados pela Área de Vigilância em Saúde Pública, também coletam dados de uma população específica, ou seja, com diagnóstico de câncer de uma determinada área geográfica, promovendo investigações epidemiológicas e pesquisas específicas por meio da detecção das áreas e setores onde a população é mais afetada pela doença, bem como dos fatores ambientais e a identificação dos grupos étnicos afetados (BRASIL, 2012).

Dessa maneira, para melhor percepção da doença e seus determinantes,

também para a formulação de políticas de saúde, os registros de notificações e de informações são essenciais. Com isso, é importante destacar, que o termo câncer pode ser utilizado para determinar diferentes tipos de doenças, que tem em comum o crescimento desordenado de células.

As células normais do nosso corpo estão em perfeita harmonia citológica, histológica e funcional, para manter a vida. Determinada pelos seus próprios códigos genéticos e de acordo com suas características morfológicas e funcionais e com sua especificidade, as células são agrupadas em tecidos, os quais formam os órgãos. Existem mecanismos que regulam e controlam a sequência dessas células, seu crescimento, sua permanência em determinado local, porém esses mecanismos constituem áreas menos conhecidas pela biologia. Conhece-se que o contato e a permanência de uma célula junto à outra são controlados por substâncias intracitoplasmáticas, no entanto ainda é pouco compreendido o mecanismo que mantém as células normais agregadas em tecidos (BRASIL, 2009).

Essas células, de alguma forma, são estimuladas a se dividir devido aos fatores de crescimento e hormônios. Porém, esses hormônios não têm valor nutriente para as células nem desempenham um papel conhecido no metabolismo, apenas sua capacidade de ligar-se a receptores específicos de superfície celular os capacita a controlar os processos celulares. Para que o mecanismo de controle e de crescimento celular permanecesse em equilíbrio, o mecanismo inibidor deveria não ser ativado, porém este está na dependência de fatores estimulantes e inibidores (BRASIL, 2009).

Entretanto, em algumas ocasiões, ocorre uma ruptura dos mecanismos reguladores da multiplicação celular, mesmo sem que seja necessário ao tecido, uma célula começa a crescer e dividir-se desordenadamente. Dessa divisão desordenada, o resultado pode ser um clone de células descendentes, herdeiras dessa propensão ao crescimento e divisão anômalos, as quais parecem estar insensíveis aos mecanismos reguladores normais, resultando na formação do que se chama tumor ou neoplasia, podendo ser benigna ou maligna (BRASIL, 2009).

As células cancerosas são definidas como neoplasias malignas. Ao se dividirem rapidamente, tornam-se agressivas e incontroláveis, determinando dessa forma, a formação de tumores ou neoplasias malignas. Os diferentes tipos de células do corpo vão corresponder aos diversos tipos de câncer, como por exemplo, quando o câncer tem início nos tecidos epiteliais como pele ou mucosas, é chamado

de carcinoma. Se o processo do desenvolvimento da doença começou em tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem é denominado sarcoma (BRASIL, 2012).

Além das características citadas anteriormente, podemos citar a velocidade de multiplicação das células e sua capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes, chamada de metástases.

Essas alterações sofridas pelas células, que em geral se dá lentamente para a origem de um tumor visível, é denominada de carcinogênese e passa por três processos celulares: iniciação, promoção e progressão. No estágio de iniciação, os agentes cancerígenos ou carcinógenos, como as substâncias químicas, fatores físicos e agentes biológicos, fogem dos mecanismos enzimáticos normais e alteram a estrutura normal genética do DNA celular. No entanto, nesse estágio, ainda não é possível detectar um tumor clinicamente. Essas células, sem razão, fogem desses mecanismos de proteção, ocorrendo as mutações celulares permanentes, ficando preparadas para a ação de um segundo grupo de agentes, até a segunda etapa da carcinogênese (BRASIL, 2012).

No estágio de promoção, que altera e potencializa a exposição gênica da célula, aumentando a probabilidade de que esta célula se torne cancerígena, há a atuação dos agentes chamados oncopromotores, os quais dão início à transformação da célula em maligna, lenta e gradualmente. Nessa fase, há a necessidade de exposição da célula ao agente cancerígeno promotor, , como por exemplo alguns componentes da alimentação e a exposição excessiva e prolongada a hormônios (BRASIL, 2011).

Nos sistemas celulares mamíferos, os oncogenes celulares estão presentes e são responsáveis pelas funções celulares vitais de diferenciação e crescimento. Para o crescimento celular, os proto-oncogenes estão presentes nas células agindo como um “interruptor” e de maneira parecida os genes supressores cancerosos desligam ou regulam a proliferação celular desnecessária. Quando os genes supressores sofrem mutações, são rearranjados ou amplificados, perdendo sua capacidade de regular, permitindo que as células malignas se reproduzam (SMELTZER *et al*, 2005).

No estágio de progressão, caracterizado pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas, as transformações celulares sofridas nas fases anteriores, iniciação e promoção, exibem maior comportamento maligno, com

propensão a invadir os tecidos adjacentes e gerar metástase. Nesse período, podem ocorrer as manifestações clínicas da doença, pois o câncer já está instalado (BRASIL, 2012).

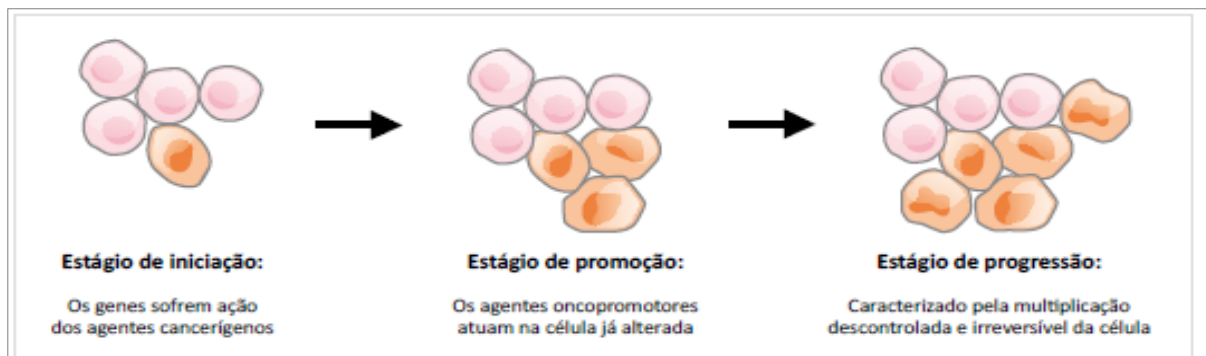


FIGURA 1 – Processo da carcinogênese.
FONTE: BRASIL, (2011).

Além das características que predispõe à doença, o componente genético hereditário pode conduzir ao desenvolvimento do câncer de mama (AMENDOLA; VIEIRA, 2005). Os genes tumorais BRCA 1 e BRCA 2 – *breast cancer* - foram identificados como genes que destacam-se para o aumento do risco de desenvolvimento do câncer de mama, os quais estão localizados nos braços longo do cromossomo 17 e braço curto do cromossomo 13, respectivamente. Segundo os mesmos autores, a prevalência para o desenvolvimento de câncer de mama em portadoras dos genes BRCA 1 é de 50 a 80% até os 70 anos, e para portadoras do gene BRCA 2, seria a mesma estimativa para as portadoras do BRCA 1.

O desenvolvimento do tumor através da inativação dos genes BRCA não foi completamente esclarecido, no entanto, as proteínas do gene desempenham importante função nos diferentes processos celulares, incluindo a ativação e regulação transcricional, o reparo de lesões no DNA e controle do ciclo celular. Os estudos desses genes têm impacto considerável no manejo das mulheres portadoras, as quais são classificadas dentro de um grupo de alto risco para câncer de mama (AMENDOLA; VIEIRA, 2005).

Atualmente, o método mais utilizado para classificar cada caso de acordo com a extensão da doença é chamado de estadiamento. Estadiar significa “avaliar seu grau de disseminação”, permitindo que o tratamento seja específico e para tal, algumas regras estabelecidas internacionalmente são utilizadas (BRASIL, 2011, p. 24).

O Sistema TNM (*Classification of Malignant Tumours*) de Classificação dos

tumores Malignos é preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), e este se baseia na extensão anatômica da doença, considerando as características do tumor primário (T), dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática (N) e a presença ou ausência de metástases à distância (M). Nesse meio, os parâmetros estabelecidos, recebem graduações que podem ir de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1 (BRASIL, 2012).

E por meio desse sistema, os cânceres de mama, bilaterais e simultâneos, devem ser classificados independentemente, pois deve permitir a divisão dos casos por tipos oncológicos e esse procedimento segue as seguintes categorias: T – exame físico e diagnóstico por imagem; N - exame físico e diagnóstico por imagem e M - exame físico e diagnóstico por imagem, além das classificações clínica e patológica (BRASIL, 2004b).

Dessa forma, as condutas terapêuticas corretamente aplicadas são garantidas quando o profissional conhece a fundo o comportamento biológico do tumor que se estadia e sobre o sistema de estadiamento seguido (BRASIL, 2012).

E para que o controle do câncer de mama seja efetivo, e sua taxa de mortalidade reduza, é necessário que pesquisas se direcionem para novas identificações de riscos para a doença e auxiliem nos programas de saúde já existentes, por meio de ações que abranjam a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação da saúde.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL

A terminologia ideal para designar o primeiro nível de atenção à saúde no Brasil tem sido alvo de frequentes discussões. Pois no país, os termos atenção básica e atenção primária têm sido usados como sinônimos, sendo a terminologia atenção básica oficializada pelo governo, passando a denominar assim, suas secretarias e documentos oficiais (MELLO; FONTANELLA e DEMARZO, 2009).

No entanto, para que se chegasse nesse acordo, houve muitas mudanças, dentre elas, a organização do sistema de serviços de saúde. Após a divulgação de um texto oficial, que tratava deste assunto e classificava os serviços de saúde em três principais níveis, e frente às modificações percebidas nos níveis de atenção à saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), adotou um conjunto de princípios

para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Esses princípios estavam descritos na Carta de Lubliana, que propõe que os sistemas de saúde devam ser dirigidos por valores de dignidade humana; direcionados para promoção e proteção da saúde; centrados na pessoa, ou seja, que os cidadãos assumam sua responsabilidade por sua própria saúde, bem como influenciem os serviços de saúde; focados na qualidade; baseados em financiamento sustentável, com cobertura universal e o acesso equitativo e direcionados para atenção primária (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, a atenção primária ou a atenção básica, segundo a Portaria MS n. 648/2006 é caracterizada

por um conjunto de ações e saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Portaria SAS/MS n.º 648/2006 – Política Nacional de Atenção Básica, p. 12).

Nesse contexto, como os problemas que devem ser sanados pela atenção primária são os de maior frequência na população, deve-se utilizar de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos), e sua constituição se dá pelo primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS), que têm como princípios a universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

E entre os vários desafios à saúde na atenção primária, está o câncer de mama, sendo uma das principais causas de morte na população feminina. Dentre as estratégias para a detecção precoce do mesmo, foram estabelecidas intervenções que direcionam para o tratamento precoce da doença e a garantia de recursos diagnósticos adequados. Nesse sentido, o MS mobilizou-se na qualificação de profissionais de saúde para a realização de ações que visem o controle dos cânceres de mama, considerando a responsabilidade pela alta incidência dos gestores e dos profissionais de saúde (BRASIL, 2006).

Assim, juntamente com o INCA, que é o órgão auxiliar do MS no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para prevenção e o controle do câncer no Brasil, a saúde integral da mulher tem se tornado o foco do MS, desde a criação de Programas como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM, criado em 1984. Naquela época, em 1984, uma das diretrizes que tinham como objetivo nortear as proposições básicas para assistência integral à saúde da mulher, era de implantar ou ampliar as atividade de identificação e controle do câncer cérvico uterino e de mama (BRASIL, 1985).

Nesse sentido, a criação de programas mais específicos para a saúde da mulher, vem corroborar para a implementação de “ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis” (BRASIL, 2006), através de parceria com diversos setores da sociedade e com o lançamento de Políticas Públicas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes - PNAISM, criada em 2004.

Além disso, esta política abrange, através de um enfoque de gênero, “a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual”. Considera também “a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades” (BRASIL, 2006, p.5).

Como dificultadores da relação saúde doença, essa política voltada para a saúde das mulheres, refere que a saúde das mulheres brasileira é agravada por diversos fatores, como a discriminação nas relações de trabalho, a sobrecarga da dupla jornada, além das variáveis como raça, pobreza e etnia. Também coloca que por viverem mais do que os homens, as mulheres adoecem com maior frequência (BRASIL, 2006).

A discriminação na sociedade comparada com fatores biológicos, torna-se mais relevante frente à sua vulnerabilidade a determinadas doenças e causas de morte. A realidade dos indicadores epidemiológicos do Brasil, no qual convivem tanto agravos e doenças dos países desenvolvidos, como aqueles típicos do mundo

subdesenvolvido, deixam transparecer as altas taxas de mortalidade materna e desnutrição. Isso mostra que as diferenças socioeconômicas podem ser revelados através dos padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres (BRASIL, 2011).

Para que haja um controle efetivo do câncer, há a necessidade de ações que visem garantir uma atenção integral ao paciente em todos os níveis, segundo visa a Organização Mundial de Saúde - OMS, iniciando-se pela prevenção, diagnóstico, tratamento e até mesmo por meio de cuidados paliativos. Tratando-se do câncer de mama e do colo do útero, quanto mais cedo o diagnóstico, o tratamento é mais efetivo, o que justifica as ações para detecção precoce (BRASIL, 2006).

Por meio dessas estratégias, com ações de prevenção, oferta de serviços adequados na detecção precoce e tratamento e reabilitação, o objetivo é reduzir a ocorrência do câncer, a mortalidade por câncer de mama e todas suas consequências, incluindo as repercussões físicas, psíquicas e sociais.

Mas para o Brasil alcançar esses objetivos, diversas ações foram elaboradas, sendo o Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama, criado em 1997, que tinha como objetivo organizar ações em rede nacional para detecção precoce do câncer do colo do útero e de mama.

Esse programa ainda sofreu algumas reestruturações, quando em 2004, houve um processo de avaliação, que identificou a necessidade de revisão da estrutura e das estratégias do Programa Viva Mulher, para alcançar os objetivos propostos no início do programa.

Além dessa reorganização do Programa Viva Mulher, verificou-se que havia a necessidade da construção de um Plano de Ação para o Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero no Brasil 2005 – 2007. Faz parte como componente essencial e fundamental da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) (PT nº 2439/ GM de 08 de dezembro de 2005) e deve ser organizada de forma a articular com o MS e com as secretarias de saúde dos estados e municípios (BRASIL, 2006).

E ao atuar na participação da formulação da PNAO, são definidos como componentes fundamentais a:

1. Promoção e Vigilância em Saúde;
2. Atenção Básica;
3. Média complexidade;
4. Alta complexidade;
5. Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia;

6. Plano de Controle do tabagismo e outros Fatores de Risco, do Câncer do Colo do Útero e da Mama;
7. Regulamentação suplementar e complementar;
8. Regulação, fiscalização, controle e avaliação;
9. Sistema de Informação;
10. Diretrizes Nacionais para a Atenção Oncológica
11. Avaliação Tecnológica
12. Educação permanente e capacitação
13. Pesquisa sobre o câncer (BRASIL, 2005, p.2).

As diretrizes estratégicas apresentadas pelo Plano de Ação incluem: “aumento da cobertura da População-Alvo; Garantia da Qualidade; Fortalecimento do Sistema de Informação; Desenvolvimento de Capacitações; Desenvolvimento de Pesquisas e Mobilização Social”, compostas por ações a serem desenvolvidas, a partir do ano de 2005, nos distintos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006, p.15).

No Paraná, as ações que visam promover a detecção precoce do câncer de mama, foram estabelecidas juntamente com o Programa Viva Mulher, este nacional. Eleita como uma das capitais piloto para implantação do programa, Curitiba deu início à criação e implantação de outros programas, como Programa Viva Mulher 2002: O Controle do Câncer de Mama e Colo Uterino em Curitiba, em 2002 e em 2009, lançou o “Mulher Curitibana”, que têm como foco atingir a população feminina acima dos 50 anos, justificando-se pela alta incidência - mais de 2 mil e 800 casos novos de câncer de mama e taxa média de incidência padronizada de 66,96 casos novos por 100 mil mulheres (2001-2005), do desenvolvimento da doença após essa faixa etária (CURITIBA, 2002; BRASIL, 2011b).

A cidade foi escolhida também pelo INCA para o rastreamento organizado do câncer de mama, pelo fato de o município apresentar requisitos como:

“atenção primária como eixo estruturante do sistema de saúde; alta cobertura da atenção primária; informatização dos serviços de saúde; existência de registros de câncer hospitalar e de base populacional; rede de serviços diagnósticos e tratamento em quantidade/qualidade suficiente para atender à demanda do rastreamento e integrada à atenção primária; regulação do acesso à consultas e exames especializados; programa de qualidade em mamografia; equipe dedicada à gestão do programa e apoio político” (BRASIL, 2011b, p.18).

A experiência da cidade de Curitiba propiciará estudos epidemiológicos que podem analisar a eficiência e efetividade das mamografias e do rastreamento, bem como avaliação de estratégias de comunicação e informação em saúde (BRASIL, 2011b).

E as ações conjuntas, desenvolvidas pelo INCA com a Secretaria Municipal de Curitiba, houve uma qualificação nas ações de rastreamento, mamográfico do câncer de mama, gerando cinco áreas estratégicas para a prática dessas ações: “comunicação em saúde, sistemas de informação, monitoramento/gestão, avaliação da qualidade e pesquisa clínica/epidemiológica” (BRASIL, 2011b, p.19).

Com isso, a importância da epidemiologia deste agravo se dá pelos aspectos etiológicos e pelos fatores prognósticos envolvidos na especificidade da doença. Por meio desta, são desenvolvidas medidas efetivas de controle da doença nas diferentes regiões geográficas do Brasil, caracterizadas pela incidência e mortalidade por câncer. Nesse sentido, o aprimoramento das ações e base para o planejamento das mesmas, se deve ao cálculo das estimativas de casos novos, à prevenção e atenção em todos os níveis (BRASIL, 2006).

Essas ações para o controle do câncer de mama devem ser impactada através de estratégias que possam ser desenvolvidas por uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar, pois a interdisciplinaridade leva a possibilidade para que o profissional compartilhe a prática do outro, resultando em ações efetivas para a assistência. Nesse contexto, as competências e atribuições dos profissionais envolvidos nesse processo, devem estar bastante claras e especificadas.

Segundo o Ministério da Saúde, as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe são:

- a) Conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama;
- b) Planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com priorização das ações segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;
- c) Realizar ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, de acordo com este Caderno: promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
- d) Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, Siscolo e outros), para planejar, programar e avaliar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e mama;
- e) Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade;
- f) Acolher as usuárias de forma humanizada;
- g) Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;
- h) Trabalhar em equipe integrando áreas de conhecimento e profissionais de diferentes formações;

- i) Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (ao longo do tempo);
- j) Identificar usuárias que necessitem de assistência ou internação domiciliar (onde houver disponibilidade desse serviço) e corresponsabilizar-se, comunicando os demais componentes da equipe;
- k) Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher, controle dos cânceres do colo do útero e da mama, DST, entre outras;
- l) Desenvolver atividades educativas, individuais ou coletivas (BRASIL, 2006, p. 19-21).

Quanto as atribuições do médico, o programa ministerial aponta:

- a) Realizar atenção integral às mulheres;
- b) Realizar consulta, coleta de Papanicolau e exame clínico das mamas;
- c) Avaliar quadro clínico, emitindo diagnóstico;
- d) Emitir prescrição do tratamento medicamentoso, quando necessário;
- e) Solicitar exames complementares, quando necessário;
- f) Realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- g) Encaminhar, quando necessário, as usuárias a serviços de referências de média e alta complexidade respeitando fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento dessa usuária;
- h) Indicar a necessidade de internação junto a Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON, e Centros de Alta Complexidade em Oncologia - CACON, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da usuária;
- i) Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe (BRASIL, 2006, p. 20-21).

As atribuições do enfermeiro são:

- a) Realizar atenção integral às mulheres;
- b) Realizar consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
- c) Realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- d) Supervisionar e coordenar o trabalho dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem;
- e) Manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas;
- f) Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe (BRASIL, 2006, p. 20-21).

Além da competência e habilidades que a equipe interdisciplinar precisa ter na assistência à mulher, deve também exercitar a humanização, que significa a “valorização da qualidade técnica e ética do cuidado, aliada ao reconhecimento dos direitos do/a usuário/a, de sua subjetividade e referências culturais, garantindo o

respeito às questões de gênero, etnia, raça, situação econômica, orientação sexual e a grupos populacionais como indígenas, trabalhadores, quilombolas, ribeirinhos e assentados” (BRASIL, 2006, p.7).

Esta, considerada como política de humanização pelo MS desde 2003, caracteriza e garante o “acolhimento” ao usuário como processo de trabalho, focando no atendimento de qualidade, no sentido de acolher, ouvir, se comprometer com as necessidades de quem procura atendimento (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, considerando as singularidades da população feminina, a política de humanização relaciona todos os aspectos com a situação ginecológica da mulher. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS, (BRASIL, 2006) revelou que as mulheres negras têm um menos acesso à atenção ginecológica em relação às mulheres brancas, bem como as mulheres indígenas, que não são inseridas nas políticas públicas de saúde, ficando excluídas do desenvolvimento das ações de promoção à saúde, sem especificarmos ainda, a situação das mulheres trabalhadoras rurais, presidiárias e homossexuais (BRASIL, 2006).

No processo de adoecimento, o projeto terapêutico, que consiste em um plano de ação que considera todos os fatores envolvidos, deve incluir ações que visem ao aumento da autonomia da usuária e da sua família, fortalecendo vínculos, ao estabelecer relações entre o profissional e a pessoa a ser cuidada, dividindo a responsabilidade pela decisão e suas consequências (BRASIL, 2006).

Para que isso aconteça, a equipe de saúde, multidisciplinar, deve valorizar as queixas da mulher, estar disposta a ouvi-la, não desvalorizando ou minimizando seus problemas, reconhecendo assim seus direitos a esclarecimentos e informações. Todas as decisões devem ser divididas e caso a mulher exponha a necessidade de procurar métodos alternativos para seus sintomas em outras especialidades terapêuticas, a equipe deve respeitar e apoiar sua decisão (BRASIL, 2008).

A equipe da atenção primária não deve se eximir da responsabilidade do acompanhamento da mulher ao longo do tempo, independente do tipo de tratamento e do nível de complexidade do sistema no qual ela esteja sendo atendida, pois isso exige dos profissionais de saúde uma atitude diferente da conduta rotineira, fortalecendo ainda mais o vínculo já estabelecido anteriormente (BRASIL, 2006).

2.3 DETECÇÃO PRECOCE

As descobertas recentes de tecnologias em saúde têm proporcionado uma nova perspectiva no diagnóstico precoce do câncer de mama, através da utilização de procedimentos e programas de prevenção secundária. Sabe-se também, que o câncer de mama identificado em estágios iniciais, quando as lesões são menores de dois centímetros de diâmetro, maior será a chance de cura, de sobrevida e de qualidade de vida (BRASIL, 2006).

A detecção precoce é realizada por meio da abordagem de pessoas com sinais e ou sintomas da doença; e o rastreamento (*screening*) é o exame ou teste, aplicado numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhar as mulheres com resultados alterados para investigação e tratamento (BRASIL, 2008).

A redução da mortalidade por câncer de mama pode reduzir em até 35% quando realizado o rastreamento nas mulheres com idade entre 50 e 69 anos. Mas para que isso ocorra, é necessário garantir adequada cobertura dessa população, bem como qualidade dos exames mamográficos, acesso aos procedimentos diagnósticos e seguimento para as mulheres com alterações nos exames realizados (BRASIL, 2011b).

Um programa de rastreamento consiste na iniciativa de busca ativa da população alvo pelo programa, monitoramento e encaminhamento dos exames alterados. Esses indivíduos são submetidos à investigação diagnóstica, confirmando ou não a doença investigada (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011b).

O rastreamento mamográfico surgiu na década de 1960, quando alguns países começaram a estudar os benefícios da mamografia como rastreamento para o câncer de mama. Conforme já citado, esses estudos concluíram que a mortalidade por câncer de mama pode ser reduzida em 35% entre mulheres de 50 a 69 anos, quando apresentavam lesões suspeitas e eram encaminhadas para investigação diagnóstica e tratamento quando necessário (BRASIL, 2011b).

A mamografia é recomendada no Brasil a cada dois anos para as mulheres de 50 a 69 anos, e o ECM anualmente para estas e para mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos. Essa periodicidade é adotada na maioria dos países que adotaram o rastreamento mamográfico como estratégia para detecção precoce do câncer de mama e redução da mortalidade, baseado em evidências científicas (BRASIL, 2010).

Nesse cenário, países como Canadá, Reino Unido, Suécia, entre outros, organizaram programas de rastreamento do câncer de mama, baseados na mamografia. Intitulado de rastreamento organizado, esses programas tinham suas ações estruturadas em quatro componentes: populacional; exames de rastreamento; serviços de diagnóstico e tratamento e coordenação. Assim, a redução da mortalidade por câncer de mama nesses países variou entre 25 e 40% (BRASIL, 2011b).

No Brasil, a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher, e desde 2002, o país vem desenvolvendo ações para controle do câncer de mama. Nesse aspecto, o governo federal apoia os governos estaduais e municipais nas ações de prevenção, detecção precoce e tratamento (BRASIL, 2011b).

Os profissionais de saúde são muito importantes neste processo, pois são estes que facilitarão o acesso rápido aos serviços de saúde, bem como farão o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, além de orientar a população feminina sobre as mudanças que podem ocorrer nas mamas ao longo da vida (BRASIL, 2010).

Essa estratégia de orientação, deixando à mulher em estado de alerta para quaisquer alterações, estimulando-a à autopalpação das mamas quando sentir-se confortável, sem nenhuma recomendação técnica específica e também para que procure atendimento e esclarecimento com profissionais de saúde para esclarecimento de dúvidas, se mostrou bastante efetiva em relação ao autoexame das mamas. Isso explica o porquê do quantitativo de 65% das mulheres que identificaram o câncer por meio da palpação acidental, contra 35% das mulheres que identificaram o câncer por meio do autoexame (BRASIL, 2010).

O rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama deve iniciar a partir dos 35 anos. O risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama é ter história familiar de câncer de mama em parentes de 1º grau, história familiar de câncer de mama masculino, ter tido diagnóstico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* (BRASIL, 2004).

Quanto aos malefícios do rastreamento, podemos citar os resultados falso negativos e falso positivos, os quais geram importantes repercussões clínicas e psicológicas, podendo ser minimizadas através de adequadas técnicas de execução do exame (BRASIL, 2011b).

E no que diz respeito ao rastreamento, utilizando a mamografia para esse fim, quanto à sua sensibilidade, há uma variação importante de 46% a 88%, o que pode depender de fatores como o tamanho e localização da lesão, idade da paciente, densidade do tecido mamário e qualidade do exame, com a habilidade de interpretação do radiologista (BRASIL, 2008). Outro malefício citado foi o sobre o diagnóstico, que acontece quando se descobre um câncer de mama através do rastreamento e caso não fosse rastreado, não teria sido diagnosticado (BRASIL, 2011b).

Segundo a Sociedade Americana de Câncer (2012), a mamografia deve ser realizada em mulheres a partir dos 40 anos de idade anualmente e continuar sendo realizada, mesmo que a mulher não apresente nenhum sinal ou sintoma. Isso porque estudos mostraram que as mulheres sentem-se mais confiantes e seguras em relação à sua saúde. E mais: estimula as mulheres com idade entre 20 e 30 anos a realizar regularmente o ECM com profissional habilitado, pois oferece à mulher a chance de discutir com o médico ou enfermeiro, as mudanças em suas mamas, informar-se sobre detecção precoce e fatores associados ao desenvolvimento da patologia. Outro fator importante citado pela Sociedade Americana, além da mamografia, é a realização da ressonância magnética, para mulheres com alto risco de desenvolver a doença, essa, iniciando após os 30 anos. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2012).

Uma ferramenta utilizada pelo INCA para gerenciar as ações de detecção precoce do câncer de mama é o Sistema de Informação do Câncer de Mama – SISMAMA. Desenvolvido pelo INCA em parceria com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), foi instituído pela Portaria SAS nº 779, de 2008, entrando em vigor em junho de 2009 (BRASIL, 2010).

Esse sistema está integrado às clínicas radiológicas e nos laboratórios de citopatologia e histopatologia que realizam exames pelo SUS. Esses dados gerados pelo sistema tornam-se relevantes para se estimar a cobertura da população alvo, como está a qualidade dos exames, a distribuição dos diagnósticos, a situação do encaminhamento das mulheres com exames diagnósticos alterados, dentre outras informações para melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2010).

A maioria dos diagnósticos de câncer de mama em países que aderiram ao programa de rastreamento, foi descoberto pelas próprias mulheres, as quais

estavam atentas para os principais sinais e sintomas do câncer de mama (BRASIL, 2011b).

Por esse motivo, o diagnóstico precoce do carcinoma mamário está relacionado ao fornecimento de informações às mulheres, para sua conscientização e realização dos principais exames, que constituem os principais métodos para as ações do MS na diminuição das taxas de morbimortalidade, que são o ECM, o AEM e a mamografia (GONÇALVES *et al*, 2009).

2.3.1 Exame Clínico das Mamas – ECM

O ECM tem como objetivo a detecção de neoplasia maligna ou de qualquer outra patologia. Deve fazer parte do exame físico e ginecológico, constituindo a base para solicitação de exames complementares (BRASIL, 2004). Contempla momentos propedêuticos obrigatórios, mesmo que aparentemente estejam normais à inspeção, além de ser uma ótima oportunidade para o profissional de saúde educar a população feminina sobre seus sintomas, fatores de risco, detecção precoce e sobre a variabilidade e composição da mama normal (BRASIL, 2006; 2008).

Realizado por profissional treinado, o ECM destaca-se pela sensibilidade, inocuidade e baixo custo. Sua adequada realização inclui: inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e linfonodos (axilares e supraclaviculares) e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal (BRASIL, 2004).

Na inspeção visual, podem ser identificados sinais precoces do câncer de mama, como achatamentos dos contornos das mamas, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas. Observa-se sua simetria, diferenças na cor da pele, textura, temperatura e integridade venosa. Em algumas literaturas recomenda-se que a inspeção visual seja realizada ao mesmo tempo em que se faz a palpação das mamas. Para realizar a palpação, é necessário que a mulher esteja em decúbito dorsal, com a mão correspondente à mama a ser examinada atrás da cabeça, realçando o tecido mamário, e com a polpa dos dedos, iniciando-se pela axila, palpar toda a área do tecido mamário e linfonodos, com movimentos circulares. Na região da aréola e do mamilo, não deve-se comprimir e sim palpar; caso ocorra uma descarga papilar espontânea, deve ser investigado (BRASIL, 2006).

Através dessa prática, a atuação dos profissionais de saúde, médico e enfermeiro, deve ser integral, por meio da promoção, prevenção de agravos,

diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção da doença. E apesar de toda a disponibilidade de recursos tecnológicos, as características biológicas e as informações sobre o câncer de mama atualmente, não há justificativa para a não adoção de programas de prevenção primária, medidas que auxiliem na detecção precoce da doença. Por isso, a maioria dos esforços relacionados ao controle dessa doença está dirigida às ações para descoberta de tumores mamários ainda pequenos, restrito ao parênquima mamário (BRASIL, 2008).

2.3.2 Autoexame das Mamas – AEM

A prática da realização do autoexame das mamas deve estar inserida num processo educativo e eficaz, sendo de responsabilidade dos profissionais de saúde, juntamente com a realização do ECM em todas as mulheres assistidas na atenção primária e não somente naquelas que façam parte dos programas específicos. As mulheres devem ser instruídas sobre a realização do AEM, pois é uma prática incentivada pelo MS para conhecimento do próprio corpo e por não ter custo algum (GONÇALVES *et al*, 2009).

O AEM é a técnica pela qual a mulher examina as suas próprias mamas. A periodicidade do AEM, recomendada mensalmente, entre o sétimo e o décimo dia após o início da menstruação, se faz necessário devido ao fato que a mama sofre modificações durante o ciclo menstrual, pela ação hormonal do estrogênio e da progesterona, provocando aumento de volume, endurecimento e dor. Ainda, a periodicidade possibilita à mulher que reconheça o seu corpo, identificando possíveis alterações e assim, procure atendimento de um profissional de saúde para melhor investigação (BRASIL, 2008).

A realização do AEM pelas mulheres que se encontram na menopausa, aquelas que estão amamentando ou àquelas que se submeteram à histerectomia, orienta-se que escolham uma data arbitrariamente no mês e realizem o exame todo mês neste dia.

Além desse importante artifício, para que a mulher não se esqueça de realizar o exame, outros aspectos devem ser pontuados pelo profissional de enfermagem, através dos programas de educação em saúde, onde seu papel é fundamental: ao realizar o AEM, as mulheres devem observar que as mamas nem sempre são rigorosamente iguais; que o AEM não substitui o ECM, que deve ser realizado por

um profissional de saúde treinado, médico ou enfermeiro; ao notar a presença de um nódulo mamário, estar ciente de que nem todo nódulo é obrigatoriamente indicador de neoplasia maligna, porém deve buscar atendimento profissional (BRASIL, 2008).

2.4 TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

Atualmente, as principais formas de tratamento incluem: a cura da doença, o prolongamento da vida útil e a melhora da qualidade de vida. Nesse sentido, há uma série de tipos de tratamentos curativos, especialmente para os cânceres de mama, quando estes são detectados precocemente. Também, são raras as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica (BRASIL, 2011).

O tratamento para câncer de mama geralmente pode ser dividido em duas vertentes: local e sistêmico. Como tratamento local podemos citar a cirurgia e a radioterapia. Já as abordagens sistêmicas são a quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica (BRASIL, 2010).

Considerando-se o fato que o câncer pode ser invasivo ou não, o tamanho e a graduação do tumor, o número de linfonodos axilares cancerosos, o status do receptor hormonal e a capacidade de obter margens cirúrgicas limpas, o tratamento têm por base múltiplos fatores, assim, o tratamento pode variar de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas, além das condições da paciente (idade, status menopausal, comorbidades e preferências) (SMELTEZER *et al*, 2005; BRASIL, 2010).

O prognóstico do câncer de mama depende da extensão da doença (estadiamento). Nesse contexto, quanto mais cedo a doença é diagnosticada, o potencial de cura do tratamento é maior. E quando há evidências de metástases, o tratamento objetiva prolongar a sobrevida, melhorando a qualidade de vida (BRASIL, 2010).

O tratamento do câncer de mama nos estádios I e II pode ser significativo para diminuição da mortalidade, considerando que a eficácia do tratamento local após esses estádios pode ser reduzida (BRASIL, 2010).

Os estádios I e II consistem na cirurgia, podendo ser conservadora ou não, sendo então realizada a mastectomia. Os linfonodos axilares são avaliados, no sentido profilático, para prognóstico e terapêutico. O tratamento complementar com radioterapia pode ser indicado, e a reconstrução mamária deve ser considerada,

quando realizada a mastectomia (BRASIL, 2010).

A terapia mais apropriada na abordagem sistêmica será determinada de acordo com o risco de recorrência (idade da paciente, comprometimento linfonodal, tamanho tumoral, grau de diferenciação), bem como das características tumorais. Essas características são baseadas principalmente na mensuração dos receptores hormonais, de estrogênio e progesterona, e também de HER-2, que é o fator de crescimento epidérmico 2, podendo ser indicado a terapia biológica anti-HER-2 (BRASIL, 2010).

No estágio III, enquadram-se os pacientes com tumores maiores e localizados. Nessa modalidade, o tratamento com quimioterapia é a terapêutica indicada inicialmente, seguindo-se com o tratamento local, quando resposta adequada (BRASIL, 2010).

No estágio IV, o equilíbrio entre a resposta tumoral e o possível prolongamento da sobrevida é fundamental para a decisão terapêutica buscada, pois deve-se considerar os efeitos colaterais decorrente do tratamento (BRASIL, 2010).

Nesse cenário, uma equipe multidisciplinar deve atuar, prestando cuidado integral, preocupando-se com a qualidade de vida da paciente com câncer de mama durante todo o processo terapêutico (BRASIL, 2010).

Em situações nas quais a cirurgia é indicada, faz-se necessário observar o estadiamento clínico e do tipo histológico, podendo ser conservadora (ressecção de um segmento da mama) ou não-conservadora (mastectomia).

A cirurgia conservadora engloba a serectomia, tumorectomia alargada e a quadrantectomia). Como modalidades da mastectomia, podemos citar:

- Mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo papilar);
- Mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar (radical modificada);
- Mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral (is) acompanhada de linfadenectomia axilar (radical);
- Mastectomia com reconstrução imediata;
- Mastectomia poupadora de pele (BRASIL, 2004, p.11).

Em 98% dos casos, a mastectomia simples é um tratamento curativo, no entanto representa procedimento excessivamente mutilante. Alguns tipos de tumores são tratados com ressecção segmentar, seguida de tratamento local complementar, porém, devem estar com diâmetro inferior a dois centímetros e margens cirúrgicas

livres de comprometimento. Quando não é possível assegurar a obtenção de margens livres, devido à extensão ou multicentricidade do tumor, no carcinoma ductal *in situ*, as cirurgias não conservadoras da mama, seguidas de reconstrução ou não podem ser indicadas, considerando-se a possibilidade de hormonioterapia adjuvante (BRASIL, 2004).

Em carcinomas invasores, com diâmetro tumoral inferior a três centímetros, a cirurgia conservadora pode ser indicada, quando preenche os pré-requisitos para o tratamento cirúrgico do câncer de mama, que são “máximo controle loco-regional, estadiamento, prognóstico semelhante com menor morbidade e mutilação”, e como pré-requisitos para se indicar uma cirurgia conservadora é necessário a:

- realização de mamografia prévia;
- diâmetro tumoral menor que 3 cm;
- ausência de comprometimento da pele;
- tumor único;
- avaliação das margens cirúrgicas (no intra ou pós-operatório);
- proporção adequada entre volume da mama e do tumor (distorção menor do que 30%);
- facilidade de acesso ao sistema de saúde para garantia do seguimento (BRASIL, 2004, p.12).

Uma importante contribuição para a redução da incidência de recidiva local nas cirurgias conservadoras é a avaliação das margens cirúrgicas, pois esta modifica a extensão da cirurgia. E ao realizar a avaliação das margens posteriormente à cirurgia, identificando-se comprometimento das mesmas, deve-se intervir (BRASIL, 2004).

A radioterapia tem como objetivo, reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia ou destruir as células remanescentes após a cirurgia. Deve ser aplicada, após as cirurgias conservadoras, em toda a mama da paciente, independente do tipo histológico, idade, uso de quimioterapia ou hormonioterapia ou mesmo com as margens livres de comprometimento neoplásico (BRASIL, 2004).

Para as paciente com carcinoma ductal infiltrante, a radioterapia como reforço no leito tumoral deve ser indicado. E nos casos de carcinoma ductal *in situ*, a radioterapia adjuvante deve ser realizada em toda a mama, após tratamento de cirurgia conservadora (BRASIL, 2004).

A quimioterapia e hormonioterapia são consideradas tratamentos adjuvantes ao tratamento cirúrgico. Realizada por meio de compostos químicos, na quimioterapia, os agentes quimioterápicos podem ser administrados por via oral ou

por infusão intravenosa. Pode ser classificada em adjuvante e neo-adjuvante, administrada antes da cirurgia e/ou radioterapia ou administrada depois da cirurgia e/ou radioterapia, respectivamente.

Já o objetivo do tratamento pela hormonioterapia é bloquear a produção de hormônios que estimula o crescimento do tumor. Agem em todo o organismo, ou seja, têm ação sistêmica, devendo ser realizada quando o tumor expressar positividade para receptores hormonais. A indicação da hormonioterapia pode ser classificada quanto à finalidade, modo de aplicação, mecanismo de ação e método de execução. Usualmente é associada à quimioterapia, concomitantemente ou não, cirurgia, ou radioterapia, pois raramente tem objetivo curativo quando usada isoladamente (BRASIL, 2004).

2.4.1 Cuidados Paliativos

Segundo a OMS (2012), os cuidados paliativos são parte essencial para o controle do câncer, sendo fornecido de forma relativamente simples e barata. Além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam a doença, proporciona também o alívio da dor e dos sintomas, traz apoio espiritual e psicossocial até o fim da vida.

Inicialmente o tratamento do câncer geralmente é agressivo, objetivando a cura ou remissão da doença. Porém, quando a mesma se apresenta em estágio avançado ou evolui para tal condição, os cuidados paliativos são considerados para amenizar os sintomas de difícil controle e de alguns aspectos psicossociais associados à doença. E quando a patologia evolui para a fase terminal, o tratamento paliativo é estabelecido para garantir qualidade de vida ao paciente (BRASIL, 2012).

Os cuidados paliativos proporcionam:

- alívio da dor e de outros sintomas angustiantes;
- afirma a vida e considera a morte como um processo natural;
- não pretende apressar ou adiar a morte;
- integra os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente;
- oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver ativamente o quanto possível;
- oferece um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com o paciente durante a doença e no seu próprio luto;
- usa uma abordagem interdisciplinar para atender às necessidades dos pacientes e de suas famílias;

- melhora a qualidade de vida, influenciando positivamente o curso da doença;
- é aplicável no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias, que se destinam a prolongar a vida, tais como a quimioterapia ou terapia de radiação, e inclui as investigações necessárias para melhor compreender e gerir angustiantes complicações clínicas (OMS, 2012).

Deste modo, a instituição do tratamento paliativo deve ser precoce e específico, sendo a transição do cuidado ativo para o paliativo um processo dinâmico, seguindo princípios éticos baseados no respeito à autonomia do paciente. Essa abordagem requer habilidade de comunicação a partir de uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 2004).

Assim, o câncer de mama, bem como todos os outros tipos de cânceres atualmente constitui um problema de saúde pública, que requer dos profissionais conhecimento teórico e prática individual, pois alguns tipos da doença podem ser tratados e curados se detectados precocemente. Mas para isso, é preciso ir além. O profissional de saúde deve atuar de forma responsável e consciente no cuidado da população para o controle do câncer (BRASIL, 2011).

Além disso, há a necessidade de uma visão integradora das ações e serviços de saúde pelo profissional e esta deve ser desenvolvida para o cuidado e tratamento do paciente com câncer. Nesse sentido, independente do local de atuação do profissional, do nível de atenção do serviço de saúde, da modalidade de atendimento prestado, bem como da categoria profissional, existe um conjunto articulado e contínuo de ações que devem ser realizadas para o controle do câncer no sistema de saúde no Brasil (BRASIL, 2011).

Em um contexto específico, segundo Beghini *et al* (2006), durante a formação do profissional de saúde, o mesmo tem a capacidade de apropriar-se de conhecimentos que vão ser úteis no decorrer da sua prática profissional. Deste modo, espera-se que “este saber adquirido, seja por ele incorporado, adotado e implementado também em seu cotidiano pessoal” (BEGHINI *et al*, 2006, p. 639).

O mesmo autor também reforça a importância de se ter uma conduta do cuidado de si, aprimorando o saber técnico-científico e habilidades para enfim, consolidar o conhecimento adquirido durante a formação. Essa atitude – a de promoção da sua saúde pode colaborar favoravelmente não só para a saúde do profissional, mas para o fortalecimento da “sua destreza, aptidão e conhecimentos”, reproduzindo em um atendimento de qualidade aos seus pacientes (BEGHINI *et al*,

2006, p. 640).

Assim, para que o profissional atue com responsabilidade e compromisso, deve ter consciência de que também é ser humano e que está construindo o futuro por meio da transformação da realidade a partir de conhecimentos já existentes, dos quais deve estar empoderado.

2.5 CONHECIMENTO

A história da ciência no mundo nos mostra que a todo o momento diversas possibilidades de conhecimento sobre muitas coisas estão sempre mudando. Dessa forma, o conhecimento é algo relativo, algo transformador, como um processo pelo qual o sujeito se coloca no mundo e com ele estabelece uma ligação.

Nesta perspectiva, a partir de alguns princípios considerados por filósofos do século XVII, que entendiam que o homem é parte da natureza, feito dos mesmos elementos, não tendo assim uma linha divisória entre verdade e realidade, pensamento e ser, estabeleceu-se uma ligação à reflexão que por meio do conhecimento é possível chegar à verdade do ser (CHAUÍ, 2000; ARANHA; MARTINS, 2005).

Anterior a esse pensamento, a filosofia considerava que todos participavam da mesma realidade: com o corpo participava-se da Natureza e com a alma participava-se da Inteligência divina. Mas com a introdução do Cristianismo, alguns problemas que os filósofos desconheciam emergiram. Ao condenar o homem a viver fora do Paraíso, da unidade com Deus, houve a separação entre fé e razão, espírito e corpo, verdade revelada e verdade racional (ARANHA; MARTINS, 2005).

Dessa forma a questão do conhecimento, as transformações ocorridas nesse período levaram a muitas dúvidas sobre a aquisição deste, principalmente sobre os critérios e métodos para este fim. Assim, a filosofia moderna teve a função de investigar como o saber científico atinge o seu objetivo de gerar conhecimento, tornando-se então um pré-requisito para filosofar e para o exercício de atividade científica (ARANHA; MARTINS, 2005).

Nesse cenário, descobriu-se, por meio da filosofia, que a verdade do mundo e dos humanos não era algo secreto e misterioso, que poderia apenas ser revelado através de divindades ou por qualquer outro tipo de processo oculto, mas algo que todos poderiam conhecer por meio da razão. Chauí refere-se a conhecer como

“passar da aparência à essência, da opinião ao conceito, do ponto de vista individual à ideia universal de cada um dos seres e de cada um dos valores da vida moral e política” (CHAUÍ, 2000, p. 139).

E na tentativa de definir as formas de conhecimento e as diferenças entre conhecimento verdadeiro e ilusão, foi introduzida na filosofia a ideia de que poderiam existir, Chauí (2000) ao citar Platão e Aristóteles, diferentes graus ou maneiras de conhecimento, distinguindo-se pela ausência ou presença do verdadeiro, pela presença ou ausência do falso. No entanto, fica claro que há distinções entre os filósofos da época, no sentido de que o conhecimento atinja graus ilusórios ou falsos, mas podem ir de um grau menor a um grau maior de verdade.

O raciocínio e a intuição intelectual são conhecimentos considerados como graus superiores para o filósofo Platão, pois o mesmo refere que “o raciocínio treina e exercita nosso pensamento, preparando-o para uma purificação intelectual que lhe permitirá alcançar uma intuição das ideias ou das essências que formam a realidade ou que constituem o Ser”, salientando como exemplo a matemática, a qual não se reduz a opiniões subjetivas, mas a conhecimento puramente intelectual e perfeito, por tratar da verdadeira realidade (CHAUÍ, 2000, p. 140).

Já o filósofo Aristóteles (CHAUÍ, 2000), ao distinguir outras formas de conhecimento, destaca que o conhecimento vai sendo tecido e melhorado conforme as informações chegam trazidas por todos os graus, ou seja, há uma continuidade entre o sensível e o intelectual. O filósofo acredita também que mesmo que possa parecer que os outros graus ofereçam conhecimentos falsos ou ilusórios, eles também propõem conhecimentos diferentes, os quais podem ser agregados e tornar-se verdadeiro.

Para estabelecer o conhecimento verdadeiro, os filósofos gregos constituíram alguns princípios gerais:

- as fontes e as formas do conhecimento: sensação, percepção, imaginação, memória, linguagem, raciocínio e intuição intelectual;
- a distinção entre o conhecimento sensível e o conhecimento intelectual;
- o papel da linguagem no conhecimento;
- a diferença entre opinião e saber;
- a diferença entre aparência e essência;
- a definição dos princípios do pensamento verdadeiro (identidade, não contradição, terceiro excluído, causalidade), da forma do conhecimento verdadeiro (ideias, conceitos e juízos) e dos procedimentos para alcançar o conhecimento verdadeiro (indução, dedução, intuição);

- a distinção dos campos do conhecimento verdadeiro, sistematizados por Aristóteles em três ramos: **teorético** (referente aos seres que apenas podemos contemplar ou observar, sem agir sobre eles ou neles interferir), **prático** (referente às ações humanas: ética, política e economia) e **técnico** (referente à fabricação e ao trabalho humano, que pode interferir no curso da Natureza, criar instrumentos ou artefatos: medicina, artesanato, arquitetura, poesia, retórica, etc.) (CHAUÍ, 2000, p. 141).

Assim, a abordagem do conhecimento pelos estudiosos do século XVII foi sendo modificada. O objeto conhecido não é mais o foco e sim o sujeito do conhecimento e essas inquietações deram origem a duas correntes filosóficas: o racionalismo e o empirismo, que mesmo opostas têm como objeto de investigação filosófica o entendimento humano.

E como principal representante do racionalismo, podemos citar René Descartes, que, infeliz com os erros e as ilusões dos sentidos, procurou o fundamento do verdadeiro conhecimento e estabelece como princípio a dúvida, pois entende que à medida que se duvida, descobre-se que mantém a capacidade de pensar, criador da famosa frase: “Penso, logo existo” (ARANHA; MARTINS, 2005).

O racionalismo tem como fonte do conhecimento verdadeiro a razão, a qual opera por si mesma, atribuindo grande valor à matemática, por se tratar de um bom exemplo de conhecimento da razão, motivo pelo qual atribui à mente humana a única ferramenta capaz de chegar à verdade. É a aquisição e a justificação do conhecimento sem auxílio (CHAUÍ, 2000; BLACKBURN, 1997).

Já a essência do empirismo procura vincular o conhecimento à experiência. É caracterizada pela negação do caráter absoluto e pelo reconhecimento de que toda a verdade pode e deve ser posta à prova, ou seja, pode ser modificada, reparada ou abandonada. Sendo assim, algumas outras características do empirismo tornaram-se princípios gerais na sua história:

- Negação de qualquer conhecimento ou princípio inato, que deva ser necessariamente reconhecido como válido, sem qualquer atestação ou verificação;
- Negação do “supra-sensível”, entendido como qualquer realidade não passível de verificação e controle de qualquer tipo.
- Ênfase na importância da realidade atual ou imediatamente presente aos órgãos de verificação e comprovação, ou seja, no fato: essa ênfase é consequência do recurso à evidência sensível.
- Reconhecimento do caráter humano limitado, parcial ou imperfeito dos instrumentos de que o homem dispõe para verificar e comprovar a verdade, além da aplicação e do uso desses instrumentos em todos os campos de pesquisa acessíveis ao homem e só neles (ABBAGNANO, 2003, p. 327).

Dessa maneira, considerando que todas as ideias têm origem na experiência sensível, John Locke – defensor dessas ideias na época, refere que a razão humana é vista como um papel em branco, sobre qual vão sendo lançadas os objetos, deixando sua impressão sensível, que será elaborada através de mecanismos mentais, em ideias gerais e íntimas (ARANHA; MARTINS, 2005).

E nesse meio, levando ainda mais à frente as ideias elaboradas por Locke, o escocês David Hume, afirma que as relações são exteriores aos seus termos, ou seja, as relações não são observáveis, assim, não estão no objeto. Hume entende que a experiência sensível é resultado do hábito, bem como o surgimento de ideias, impressões e paixões, vistos como acontecimentos naturais, que não podem ser auxiliados ou modificados pela razão (BLACKBURN, 1997).

Ambas as correntes filosóficas declaravam que a ciência era uma espécie de raio x da realidade. A proposta racionalista “era hipotético-dedutiva, isto é, definia o objeto e suas leis e disso deduzia propriedades, efeitos posteriores, previsões”. Já a concepção empirista “era hipotético-indutiva, isto é, apresentava suposições sobre o objeto, realizava observações e experimentos e chegava à definição dos fatos, às suas leis, propriedades, seus efeitos posteriores e previsões” (CHAUÍ, 2000, p. 321).

E quando abordamos a temática conhecimento, não podemos isolar a ciência e a técnica, definindo também os tipos de conhecimento. Assim, inicialmente, ao se falar em ciência, traremos a princípio a sua definição, que é o “conhecimento que inclua, em qualquer forma ou medida, uma garantia da própria validade”, também dita como o grau máximo da certeza (ABBAGNANO, 2003). Diante de tais conceitos, Cyrino e Penha (1985), mencionam em sua obra que o aspecto principal da ciência talvez seja o de que permite um controle prático da natureza, direcionando-se a atingir um conhecimento sistemático e seguro.

Os gostos subjetivos e individuais são eliminados pela ciência, por meio da sua busca pelas relações que existem no real. Já a técnica, através de um conjunto de processos bem definidos, não se distingue de arte, de ciência, nem de qualquer processo capaz de produzir um efeito qualquer – seu campo estende-se à todas atividades humanas (ABBAGNANO, 2003).

Com a evolução científica, a partir da Idade Moderna, a técnica obtém papel de destaque, como ferramenta a permitir maior rigor na experimentação, buscando-se o saber ativo, ou seja, o conhecimento capaz de atuar sobre o mundo para transformá-lo. Diante desses novos caminhos tomados pela revolução científica,

ocorre o nascimento da ciência moderna, que se torna mais precisa e pontual, provocando mudanças em todos os setores da vida humana (ARANHA; MARTINS, 2005).

Assim, podemos destacar que para conhecer o mundo, o indivíduo deve tomar uma postura diante do objeto de conhecimento e esses, o mito, o senso comum, a ciência, a filosofia e arte, são considerados como forma de conhecimento.

O Mito está ligado à magia e do ponto de vista histórico, é possível atribuir diversos significados ao termo: como forma atenuada de intelectualidade; como forma autônoma de pensamento ou vida e por fim, como instrumento de estudo social. A partir do seu significado moral ou religioso, é possível entender que o mito ensina sobre a conduta do homem em relação aos outros homens ou em relação à divindade (ABBAGNANO, 2003).

Já o senso comum, é definido como a primeira compreensão racional do mundo. Emergiu das experiências atuais que até hoje continuam sendo realizadas. “Compreensão de mundo que é fruto de crenças e tradições, das quais nos aproximamos por meio dos sentidos, da memória, dos hábitos, dos desejos, da imaginação, da razão. Pelo senso comum fazemos julgamentos, estabelecemos projetos de vida, adquirimos convicções e confiança para agir” (ARANHA; MARTINS, 2005, p. 144).

E a ciência tem como aplicação o conhecimento tecnológico e é entendida como a “sistematização de conhecimentos, um conjunto de proposições logicamente correlacionadas sobre o comportamento de certos fenômenos que se deseja estudar” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 80), diferentemente da filosofia, que “é um modo de pensar, é uma postura diante do mundo. Ela não é um conjunto de conhecimentos prontos, um sistema acabado, fechado em si mesmo. Ela é, antes de mais nada, um modo de se colocar diante da realidade, procurando refletir sobre os acontecimentos a partir de certas posições teóricas” (ARANHA; MARTINS, 2005, p. 12).

A filosofia questiona o modo de ser dos indivíduos, das culturas, do mundo. Tem semelhança com o mítico, porém nega as interferências sobrenaturais, procurando a definição dos conceitos e a discussão das ideias.

E finalmente a arte, que tem o objetivo de mostrar como pode ser a realidade. Desse modo, considera-se que há diversos tipos de arte. Sua função permite ao artista representar o mundo humano, dando sentido e organizando a experiência de

forma que esta se transforme em objeto de conhecimento. E para adquiri-lo, é necessário educar a sensibilidade, pois conforme já referido antes, a arte existe em diversos tipos e para poder obter a familiaridade necessária e assim apropriar-se do conhecimento disponibilizado, é preciso conviver com as obras de arte, apreciar sem preconceitos, tentar entender, deixando que a arte se revele através dos sentimentos e por último, conhecendo a história (ARANHA; MARTINS, 2005).

Para complementar, Marconi e Lakatos (2010) definem alguns tipos de conhecimento, considerando que todos estão, de alguma forma, vinculados entre si.

O Conhecimento Científico, considerado como real, contingente, sistemático, verificável, falível e aproximadamente exato, tem estas características por lidar com fatos e por tratar de um saber ordenado logicamente, formando um sistema de ideias e não conhecimentos disseminados e desconexos.

O Conhecimento Popular, que tem como atributos o valorativo, reflexivo, assistemático, verificável, falível e inexato, é o modo comum, corrente e espontâneo de conhecer. Obtêm-se o mesmo por meio direto com as coisas e com os seres humanos. Além de estar fundamentado numa seleção operada com base em estados de ânimo e emoções. Suas características são bem específicas, não permitindo a formulação de hipóteses sobre as existências de ocorrências situadas além das percepções objetivas:

- superficial, isto é, conforma-se com a aparência, com aquilo que se pode comprovar simplesmente estando junto das coisas: expressa-se por frases como “porque vi”, “porque senti”, “porque o disseram”, “porque todo mundo diz”;
- sensitivo: ou seja, referente a vivências, estados de ânimo e emoções da vida diária;
- subjetivo: é o próprio sujeito que organiza suas experiências e conhecimentos, tanto que os adquire por vivência própria quanto os “por ouvi dizer”;
- assistemático: esta “organização” das experiências não visa a uma sistematização das ideias, nem na forma de adquiri-las nem na tentativa de validá-las;
- acrítico: pois verdadeiros ou não, a pretensão de que esses conhecimentos o sejam não se manifesta sempre de uma forma crítica. (MARCONI; LAKATOS (2003), p. 77 apud ANDER-EGG (1978).

Existem algumas distinções entre o senso comum e atitudes científicas, e sob quase todos os aspectos, o conhecimento científico opõem-se às características do senso comum: é objetivo, é quantitativo, pois busca medidas, padrões, critérios de comparação e avaliação das coisas. Outro ponto importante salientado pela autora é

o estabelecimento de relações causais somente após a investigação a natureza do fato estudado e suas relações com outros equivalentes ou diferentes.

O Conhecimento Filosófico aquele que é valorativo, racional, sistemático, não verificável, infalível e exato, é caracterizado pelo esforço da razão pura para questionar os problemas humanos e poder discernir entre o certo e o errado, tendo como objeto de análise, as ideias, relações conceptuais, exigências lógicas, não passíveis de observação sensorial direta ou indireta (CHAUÍ, 2000).

Já o Conhecimento Religioso é valorativo, inspiracional, sistemático, não verificável, infalível e exato, por fundamentar-se que suas revelações são advindas da divindade, entendem que as suas verdades são infalíveis e indiscutíveis, pois é um conhecimento sistemático do mundo. Dessa forma, apoia-se em doutrinas, as quais “contêm proposições sagradas, por terem sido reveladas pelo sobrenatural” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 79).

Portanto, “só há saber para o sujeito cognoscente se houver um mundo a conhecer, mundo este do qual ele é parte, uma vez que o próprio sujeito pode ser objeto de conhecimento”. Percebe-se assim, que a busca pelo conhecimento é a busca pela verdade, pois nessa relação entre sujeito e objeto, há a existência de diversas ferramentas, sentidos, conceitos que vão auxiliar nessa transformação: “o sujeito se transforma mediante o novo saber, e o objeto também se transforma, pois o conhecimento lhe dá sentido” (ARANHA; MARTINS, 2005, p. 99,100).

Com isso, pode-se dizer que a construção do conhecimento tem relação com aspectos históricos, os quais estão relacionados com o desenvolvimento das relações dos indivíduos com a história contida nos objetos produzidos pelo homem. Assim, existe uma unidade articuladora entre a ideia e a ação ou entre a teoria e a prática, efetivando a historicidade humana, concretizada no movimento de constituição da realidade social (ABRANTES; MARTINS, 2007).

E analisando que existe uma inadequação entre os conhecimentos que estão fragmentados, divididos e as realidades e os problemas globais, o filósofo francês contemporâneo, Edgar Morin¹, sugere que o “conhecimento adequado para o século XXI deve ser contextualizado, global, multidimensional e complexo”, pois entende

¹Edgar Morin pseudônimo de Edgar Nahoum. Nasceu em 8 de julho de 1921, em Paris, descendente de judeus, é antropólogo, sociólogo e filósofo. Pesquisador emérito do CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique). Formado em Direito, História e Geografia se adentrou na Filosofia, na Sociologia e na Epistemologia. Autor de mais de trinta livros. Participou da Resistência Francesa no decorrer da Segunda Guerra Mundial. Considerado um dos principais pensadores sobre a complexidade e um dos mais importantes do século XX e XXI. Disponível em: <http://edgarmorin.org.br/vida.php>.

que essa relação estabelecida entre o sujeito e o mundo não deve ser dividida (ARANHA; MARTINS, 2005, p. 103).

Diante disso, ao analisarmos o *contexto*, podemos perceber que este diz respeito a dar sentido às informações, às palavras de forma que estas necessitam de um texto, que é o próprio contexto (MORIN, 2000). A contextualização do conhecimento determina as condições da sua inserção e dos limites da sua validade, o que dá sentido à informação que é recebida (ARANHA; MARTINS, 2005).

Por isso a necessidade da comunicação e informação estarem unidas, pois uma informação que está separada do seu contexto perde o seu sentido. Também é preciso reconhecer a condição humana através de suas raízes. Não há como estar no mundo, sem ter o conhecimento de onde viemos, para onde vamos e ainda, questionarmos “Quem somos nós?” (MORIN, 2003, p. 37).

Ademais, esse processo de reconhecimento da condição humana, deve ser exercitado para toda a vida e não somente em relação ao conhecimento, pois se trata de um aprendizado complexo, que envolve princípios, além de um contato planetário, ou seja, social e natural, onde natureza e homem não fiquem mais dissociados, porque,

semelhantes e diferentes, universais e particulares, produzimos diferenças locais que não devem ser entendidas como ilhas incomunicáveis de um arquipélago, mas como um continente de objetos complexos, manifestações de algo mais profundo e universal, construído num longo processo evolutivo não linear, que sempre envolveu perdas, ganhos, avanços e recuos" (CARVALHO, 2002, p.7)

E diante desses aspectos, as relações entre o todo e as partes, as quais não devem ser separadas, são consideradas por Morin (2000) como *global*. Nesse aspecto, a sociedade é mais que o contexto, pois o todo tem qualidades ou propriedades que não são encontradas nas partes. Assim, é improvável conhecer o indivíduo (parte) sem entender o todo (sociedade) e vice-versa (ARANHA; MARTINS, 2005).

Em consequência disso, ao percebermos a ascendência cósmica e a constituição física a que fomos formados, Morin (2003), reafirma que dependemos de modo vital da biosfera terrestre, e isso nos torna humanos, ao mesmo tempo natural e supranatural, distinguindo-se pela cultura, pensamento e consciência,

estabelecendo o “caráter duplo e complexo do que é o humano: a humanidade não se reduz absolutamente à animalidade, mas, sem animalidade, não há humanidade” (MORIN, 2003, p. 40).

Ainda, outro aspecto importante em relação ao ser humano é que este faz parte de uma espécie e essa identidade humana é ignorada pelos sistemas de ensino. E assim, o ser humano está inserido na sociedade, bem como a sociedade está inserida no ser humano e essa relação é totalmente dependente. Porém, ao mesmo tempo em que se tem uma identidade humana, o ser é também indivíduo, o que o torna estranho pelo conhecimento e pela cultura. Por isso é necessário que os conhecimentos sejam articulados, pois o ser humano é composto por elementos genéticos e culturais, os quais fazem parte de uma estrutura mental, a qual faz parte da complexidade humana (MORIN, 2000).

Dessa forma, não se pode isolar uma parte do todo, mas as partes umas das outras e o conhecimento pertinente deve reconhecer e admitir esse caráter *multidimensional*, pois o ser humano ou a sociedade são unidades complexas, são multidimensionais. O ser humano compreende as dimensões biológica, psíquica, social, afetiva e a sociedade comporta as dimensões histórica, econômica, social e política, as quais não podem ser apartadas umas das outras (MORIN, 2000).

O fato de o conhecimento como um todo ser constituído por elementos diferentes e indivisíveis, interdependente e interativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, demonstra apenas que há *complexidade* entre esses. Dessa forma, é necessária a promoção da inteligência geral, favorecendo assim a aptidão natural da mente em formular e resolver problemas essenciais, utilizando os conhecimentos existentes, contextualizando saberes, de modo a integrar em seus conjuntos naturais. Quando há um enfraquecimento da percepção global, há o enfraquecimento da responsabilidade, pois os problemas particulares só podem ser pensados e propostos em seu contexto (MORIN, 2003).

Edgar Morin refere que o conhecimento não é um espelho das coisas ou do mundo externo, mas essas percepções são traduções e reconstruções cerebrais, captadas e codificadas pelos sentidos, com base em estímulos ou sinais. Nesse sentido, propõe que é necessário articular e organizar os conhecimentos com a reforma do pensamento, tornando o conhecimento pertinente, ou seja, utilizando de conhecimentos existentes, evitando a “disjunção entre as humanidades e as ciências, bem como a separação das ciências em disciplinas hiperespecializadas,

fechadas em si mesmas” (MORIN, 2000, p. 40).

Assim, no processo de percepção da realidade do objeto, o sujeito cognoscente, ou seja, aquele que tem a capacidade de conhecer, pode penetrar nas diversas áreas, transitando pelos diversos tipos de conhecimento, pois estas formas de conhecimento podem coexistir numa mesma pessoa. E para que essas relações sejam estabelecidas, o conhecimento pertinente, o qual estabelece as relações entre o sujeito e o mundo, prioriza algumas dimensões, as quais serão explicitadas a seguir.

2.6 CONHECIMENTO PERTINENTE

A necessidade de conhecimento do mundo como mundo deve ser tanto intelectual como vital. Nesse contexto, o acesso às informações sobre o mundo e a organização e articulação do conhecimento, é uma questão ainda não respondida. No entanto, entendemos que o saber permite propiciar um certo domínio do mundo no qual se vive e para que esses aspectos sejam melhor compreendidos, Morin propõe a reforma do pensamento (MORIN, 2000).

Durante o século XX, houve o progresso dos conhecimentos no plano das especializações das disciplinas, e devido a esse fato, aconteceu o que se esperava: a fragmentação dos contextos, das globalidades e das complexidades. Dessa forma, o exercício do conhecimento pertinente foi bloqueado nos sistemas de ensino.

Nestas circunstâncias, a mente quando habilitada para trabalhar os saberes de forma fragmentada, acaba por perder suas aptidões naturais, bem como para integrá-los em seus conjuntos naturais (MORIN, 2000).

Percebe-se então, que o conhecimento pertinente torna-se imprescindível ao tratarmos de grandes desafios do mundo moderno, destacando-se dessa forma a capacidade de armazenamento e a crescente aceleração, ampliação, a circulação e elaboração de novos saberes (MARTINAZZO, 2007). Portanto, a organização é a base para o conhecimento pertinente e não a grande quantidade de informações.

E esse movimento de expansão da globalização, trouxe mudanças em todos os setores, principalmente na área da saúde. Amâncio Filho (2004, p.376) refere que o “trabalho em saúde se caracteriza pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, pela descontinuidade e pela disponibilidade para atender a todos os casos, inclusive aqueles excepcionais” e apesar dos esforços voltados para à

formação de recursos humanos para a saúde, com a justificativa de consolidar o SUS, a formação dos trabalhadores do setor da saúde, ainda tem o foco na doença, observando-se dessa maneira que, há ausência ou insuficiência de conteúdos que possibilitem “(re) configurar a saúde”, o que demonstra que a fragmentação do conhecimento atinge não só o ensino, mas todos os setores da sociedade.

E para que possamos intervir nessa realidade, Carvalho (2002) sugere que devemos fazer uso deste aprendizado na vida em geral, mas para isso, é necessário que algumas contradições criadas e alimentadas pelos sistemas de ensino atuais sejam enfrentadas, por meio de quatro dimensões que devem tornar-se evidentes pelo conhecimento pertinente: o global, o contexto, a multidimensionalidade e o complexo.

O global diz respeito à situação do nosso planeta, em que situações ou fatos locais têm repercussão sobre o conjunto e as ações do conjunto sobre os situações ou fatos locais. Assim, é preciso conhecer as partes para recompor o todo. Isso nos dá a ideia de que o todo tem qualidades que não podem ser encontradas nas partes, se as partes estiverem isoladas umas das outras, considerando que certas propriedades podem ser inibidas pelas restrições oriundas do todo (MORIN, 2000).

Dessa forma, o global está acima do contexto porque é o conjunto das diversas partes ligadas àquele conhecimento. Como exemplo podemos citar a divisão das disciplinas no ensino. Muitas vezes o aluno não consegue visualizar o todo, ou seja, relacionar todo o conteúdo como algo único. Nestas circunstâncias, o saber torna-se fragmentado, ocasionando a incapacidade de resolver as crises, produzindo a ignorância e a cegueira.

Morin (2000) cita ainda que o conhecimento pertinente tem a capacidade de situar qualquer informação em seu contexto, e que este progride pela capacidade de contextualizar e englobar. Então, a compartimentação dos saberes e a desarticulação entre esses, é considerado como um dos problemas do ensino, pois com isso perde-se a aptidão para contextualizar, a qual é uma das qualidades fundamentais da mente humana.

E como o ser humano é um ser multidimensional, o conhecimento pertinente deve reconhecer esse caráter, estimulando práticas que demonstrem que a realidade é única e simultaneamente múltipla. Nesse caso, o acadêmico necessita ser capaz de resolver problemas essenciais e globais, pois quanto mais os problemas se tornam multidimensionais, maior é a incapacidade de pensar sua

multidimensionalidade, pois a inteligência está parcelada, compartimentada, mecanicista, disjuntiva e reducionista, impedindo o apreender, porque nesse cenário não há compreensão dos princípios maiores do conhecimento pertinente (MORIN 2000a).

Essa atividade, isto é, de exercitar a mente para resolver problemas, ativa a chamada inteligência geral, a qual é desenvolvida na infância e tem como característica o livre exercício da curiosidade, aspecto este, extinguido pela instrução durante o progresso dos conhecimentos, tornando-os hiperespecializados, impedindo dessa forma a percepção do global, bem como do essencial.

E ao mesmo tempo em que a separação das disciplinas impede apreender “o que está tecido junto”, ou seja, o complexo, o objetivo deste é contextualizar e globalizar, aceitando as incertezas, porque tudo pode ser questionado (MORIN, 2000). A relação entre sujeito e o mundo, não pode existir sem o saber. Essa relação compreende também a relação consigo mesmo e a relação com os outros. Assim, há necessidade de um pensamento que entenda que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e vice-versa (MARTINAZZO, 2007).

Nesse sentido, a complexidade não tem a intenção de fornecer todas as informações de um fato ou de um fenômeno estudado, mas esclarecer, alertar e considerar suas diversas dimensões aos indivíduos. Isso mostra que durante a formação, a educação não trabalha a construção do conhecimento com destaque na complexidade, que seria de forma a unir o contexto, o global e o multidimensional.

A formação dos profissionais de saúde permanece com o modelo essencialmente conservador, ou seja, centrado e dependente de aparelhos, sistemas e tecnologias altamente especializadas, bem como de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Assim, a formação que deveria ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, estruturando-se de acordo com a realidade, isto é, a partir da problematização do processo de trabalho e da capacidade de dar acolhimento e cuidado às diversas dimensões e necessidades de saúde das pessoas, acaba por se tornar fragmentada, limitando o cuidado e não atingindo o foco principal da saúde que é a atenção integral (FEUERWERKER, 2003).

Além disso, é fundamental que os profissionais sejam capazes de entender a condição humana e a singularidade do indivíduo, o que requer das instituições formadoras, a transmissão de saberes de acordo com a realidade, com o contexto e

com o global, destacando a multidimensionalidade dos problemas, permitindo que os futuros profissionais percebam as diversas “ligações, interações, implicações mútuas dos fenômenos” (FÁLCON; ERDMANN; MEIRELLES, 2006, p.350).

E com a flexibilização do currículo, adquirida pelas instituições a partir da Lei nº 9.394/96, a qual estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, especialmente no artigo 53, parágrafo único, item III, que coloca que as instituições tem autonomia para a “elaboração da programação dos cursos” (BRASIL, 1996).

Nesse sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004) expressam que a formação é portadora de futuro, e com isso, a autonomia das instituições na formação dos indivíduos deve buscar a atender aos interesses de toda uma população, além da construção de novidade em saberes e em práticas. E por conta disso, para a área da saúde, há a necessidade de educação permanente. E ainda, que

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 50).

Ao tratarmos neste estudo sobre câncer de mama, o Documento de Consenso também preza por ações interdisciplinares, as quais têm como objetivo fazer uma junção entre conhecimentos e disciplinas para que essas possam intervir efetivamente na qualidade de vida das pacientes e seus familiares. Nesse sentido, esse processo de articulação entre instituição formadora e os serviços de saúde requer a produção de novos conhecimentos e saberes, bem como o reconhecimento da realidade (BRASIL, 2004; FEUERWERKER, 2003).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Foram considerados e respeitados os aspectos éticos conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Esta pesquisa derivou de um projeto intitulado “Modelos de cuidado na Atenção Primária à saúde da mulher”, iniciado em 2009, relacionado ao câncer de mama em mulheres, pesquisando esta temática junto às usuárias de unidades de saúde, os trabalhadores de enfermagem destas unidades e finalizando neste estudo com acadêmicas da área da saúde sobre esta temática.

Dessa forma, a realização da coleta dos dados teve início após a autorização do Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná - UFPR, e está aprovado sob o registro CEP/SD: 703.038.09.05, CAAE: 0017.0.091.085-09, com a de ampliação de sujeitos pesquisados, em específico, estudantes universitárias (ANEXO 1). Para a prorrogação do projeto, foram incluídos todos os cursos da área da saúde, no entanto para este estudo, optou-se em investigar a temática junto aos acadêmicos de medicina e de enfermagem, por serem estes os profissionais, segundo o Documento de Consenso do MS, os que têm uma atuação mais direta nesta patologia.

Os sujeitos deste estudo receberam orientações quanto à participação voluntária na pesquisa, sendo esclarecidas sobre ao anonimato e sigilo das informações, da destruição das gravações após a finalização da pesquisa, bem como da possibilidade de interromper a sua participação na mesma em qualquer etapa, se assim desejasse. Após concordarem em participar da pesquisa, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as participantes receberam a segunda via do TCLE.

As áudio gravações foram transcritas na íntegra, sendo arquivadas por cinco anos, conforme orienta a Resolução e após esse período serão destruídas. Para manter o sigilo das participantes, foram atribuídos códigos a cada uma, sendo M para acadêmicas do Curso de Medicina e para acadêmicas do Curso de Enfermagem.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. O método qualitativo, que deu suporte a este estudo, caracteriza-se por ser uma pesquisa na qual o pesquisador está envolvido em uma experiência sustentada e intensiva com os participantes (CRESWELL, 2010).

A pesquisa qualitativa é

um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano. O processo de pesquisa envolve as questões e os procedimentos que emergem, os dados tipicamente coletados no ambiente do participante, a análise dos dados indutivamente construída a partir das particularidades para os temas gerais e as interpretações feitas pelo pesquisador acerca do significado dos dados (CRESWELL, 2010, p. 26).

E por a pesquisa qualitativa ocorrer no ambiente natural do pesquisado, pode-se empregar múltiplos métodos de coleta de dados, sendo indutiva, pois baseia-se nos significados dos participantes, “é emergente, frequentemente envolve o uso de uma lente teórica, é interpretativa e holística.” (CRESWELL, 2010, p. 236).

Quanto ao seu meio trata-se de uma pesquisa de campo e quanto ao seu fim, trata-se de uma pesquisa descritiva que é aquela em que se expõem características de determinada população ou determinado fenômeno (TOBAR e YALOUR, 2001). Também considerada como a “simples descrição de um fenômeno” ou ainda, “delineia o que é”, abordando quatro aspectos: descrição, registro, análise e interpretação, com o objetivo de ver o funcionamento dos fenômenos atuais (MARCONI, LAKATOS, 2010, p.6).

E como a saúde, bem como a enfermagem está sempre buscando novos caminhos e novos saberes, resolvemos inovar neste estudo, utilizando um autor não visto frequentemente nas pesquisas em saúde. O autor desta metodologia – John W. Creswell, apresenta uma nova abordagem da pesquisa qualitativa, o que proporcionou a este estudo, um novo olhar diante dos dados e uma abordagem interessante para a temática.

Professor de Psicologia Educacional, John W. Creswell ministra cursos e escreve sobre metodologia qualitativa e pesquisa de métodos mistos. Autor de 11 livros trabalha há cerca de 30 anos na Universidade de Nebraska-Lincoln, sendo codiretor do Departamento de Pesquisa Qualitativa e de Métodos Mistos na mesma

universidade.

O autor refere que para a realização da pesquisa de abordagem qualitativa, é importante salientar que o pesquisador pode coletar os dados no ambiente do participante, onde o objeto de estudo se encontra e no local em que o participante tenha vivenciado a questão ou problema que vai ser estudado; deve coletar os dados pessoalmente; pode usar diversas estratégias na coleta, e após analisar todos os dados, filtrar o sentido destes, organizando-os em categorias ou temas que cubram todas as fontes de dados (CRESWELL, 2010).

Nesta metodologia, pudemos criar nossos próprios padrões, categorias e temas, dando forma aos mesmos durante o processo de pesquisa, mantendo o foco no significado que os participantes expuseram ao problema ou questão, conforme refere o autor. Assim, levando-se em consideração o contexto histórico e anterior, a interpretação pode ser realizada a partir do que enxergamos, ouvimos e entendemos, desenvolvendo dessa forma, um quadro complexo do problema ou questão sobre a temática deste estudo (CRESWELL, 2010).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O número de participantes desse estudo não foi pré-determinado, por se tratar de uma pesquisa qualitativa. Assim, na medida em que os dados foram saturando, com a repetição de informações, a coleta foi suspensa.

Desta forma, os critérios de inclusão dos participantes foram: ser do gênero feminino, ter mais de 18 anos, estar matriculada no último ano dos cursos da área de saúde do Setor de Ciências da Saúde de uma Universidade Pública do Paraná, especificamente nos cursos de Enfermagem e Medicina, aceitar participar e assinar o TCLE. Para os critérios de exclusão foram determinados os seguintes aspectos: ser menor de 18 anos, não estar cursando o último ano dos cursos de Medicina ou Enfermagem, não estar matriculada no último período dos cursos citados.

Dos estudantes do Curso de Medicina, 14 acadêmicas foram convidadas em sala de aula para participar da pesquisa e 10 aceitaram. No entanto, no decorrer da mesma, somente cinco participantes fizeram parte da amostra final desse estudo, pois não quiseram participar da entrevista, apesar de vários contatos realizados via telefone e e-mails.

Já no Curso de Enfermagem, 15 acadêmicas foram convidadas e 14

aceitaram participar pois um era do sexo masculino, logo não atendia aos critérios de inclusão. Porém, realizou-se entrevista com seis estudantes, pois houve saturação dos dados.

3.4 REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Os dados foram coletados através de entrevista áudio gravada, por meio de um instrumento semi-estruturado (APÊNDICE 2) elaborado pela autora, com perguntas abertas, após o consentimento das participantes, agendadas de acordo com a disponibilidade da acadêmica, na própria universidade, em salas de aula ou em consultório ambulatorial do hospital escola, respeitando-se a privacidade, não interferindo nas atividades didáticas.

A coleta de dados durou três meses, iniciando em abril e finalizando em junho de 2012. Foi realizado um teste piloto durante o mês de novembro de 2011, com quatro estudantes da área de saúde, o qual foi relevante para a adequação do instrumento, principalmente no que diz respeito às questões abertas e linguagem. O instrumento serviu de base para obtermos uma noção do perfil das estudantes e nortear as questões da entrevista.

E como já referido anteriormente, para pesquisa qualitativa, não existe nenhuma regra para escolha de quantos serão, porém uma técnica utilizada para determinar o número ideal de participantes foi a da saturação, a qual refere a repetição de informações durante a coleta, entendendo-se que quando ocorrer repetição de informação a amostra está adequada.

A amostragem por saturação,

é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde, entre outras. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes (FONTANELA, RICAS E TURATO, 2008, p. 17).

Também é definida como a suspensão de inclusão de novos participantes, quando, na avaliação do pesquisador, os dados obtidos apresentarem repetição ou redundância, não sendo relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA, RICAS E TURATO, 2008) .

3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para a análise dos dados, optou-se pelo proposto por CRESWELL (2010, p. 217), que consiste em “extrair sentido dos dados do texto”, aprofundando o processo de compreensão destes, representando, interpretando e ampliando os seus significados. Desta maneira, nesta metodologia, o autor sugere que sejam seguidos 6 passos para a análise dos dados:

Passo 1: *Organizar e preparar os dados para análise.* Os dados coletados foram organizados, as entrevistas transcritas na íntegra, observando-se a linguagem e quais tinham alguma afinidade.

Passo 2: *Ler todos os dados.* A percepção dos dados iniciou nesse estágio, com a leitura e reflexão sobre os mesmos. Neste momento, foram registrados pensamentos gerais sobre os dados, instigando a reflexão sobre as seguintes questões: “Quais as ideias gerais que os participantes estão expressando? Qual é o tom das ideias? Qual é a impressão da profundidade, da credibilidade e do uso geral das informações?” (CRESWELL, 2010, p. 219). Assim, foram realizadas leituras incessantes, com o objetivo de registrar informações gerais passadas pelas participantes.

Passo 3: *Iniciar a análise detalhada pelo processo de codificação.* Nesta fase, iniciou-se a categorização dos dados, que ganharam sentido ao serem classificados ou rotulados com um termo, baseado na linguagem real das estudantes, buscando-se obter a percepção do todo por meio da leitura e o aprofundamento do tema. Também reunimos tópicos similares, classificando-os em uma lista, colocando-os em colunas e em seguida, transformando-os em categorias e a partir de então, o início de uma análise preliminar.

Passo 4: *Utilizar o processo de codificação para descrever o local ou as pessoas, as categorias ou temas para análise.* A descrição do local e dos participantes são informações relevantes no processo de análise dos dados e foram descritas em diário de bordo, pois a descrição de detalhes do cenário e dos locais envolvidos nessa pesquisa enriqueceu o estudo, sendo que a maior parte das entrevistas foi

realizada em cenário representativo para a autora, ou seja, no ambiente relacionado à temática desta pesquisa – no local de atendimento e/ou instituição onde participaram de disciplina relacionada ao câncer de mama.

Passo 5: Informar como a descrição e os temas serão representados na narrativa qualitativa. Neste passo, por meio das categorias que emergiram, as falas das participantes foram expostas de maneira a tornar a análise detalhada após a análise preliminar, descrita no passo 3, representando assim a forma de descrição e temas, conforme preconizadas nos manuais do MS, ou seja, as informações foram primeiramente categorizadas conforme as questões da entrevista. A saber, questões sobre o conceito de câncer de mama, fonte das informações, fatores de risco, o conhecimento sobre os programas preconizados pelo governo, autoexame das mamas, comportamento como futuro profissional e mulher.

Observou-se neste passo, que as informações coletadas, eram pertinentes ao conhecimento técnico, o qual é apenas um dos aspectos citados pelo INCA e nas políticas públicas de atenção oncológica do MS. Porém, Creswell (2010) oportuniza em seu método que as categorias podem ser predeterminadas, assim, utilizamos o referencial de Morin (2000) quanto ao conhecimento pertinente e suas dimensões, ou seja, a dimensão contexto, a global, a multidimensional e a dimensão complexo, já descritas anteriormente. Utilizamos este referencial para análise dos dados, pois não nos demos por satisfeitas em caracterizar o conhecimento destes sujeitos apenas por uma categoria única, voltada para os aspectos técnicos do conhecimento.

Passo 6: Interpretação dos dados. Refere-se a apresentar os resultados da análise, de acordo com a interpretação pessoal do pesquisador, expressa por meio do entendimento obtido na comparação de resultados com informações da literatura, indagando “Quais foram as lições aprendidas?”, captando assim, a essência dos dados.

Nessa proposta, a análise dos dados é um processo contínuo durante a pesquisa. As várias conclusões que emergiram dos dados, deram sentido ao desenvolvimento dos temas e das categorias, sendo fundamentadas à luz da literatura.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No meio acadêmico, este estudo vem reforçar a importância do conhecimento sobre o câncer de mama, pois este tem se mostrado cada vez mais frequente entre as mulheres, mesmo com a propagação de informações a respeito e amplo desenvolvimento de tecnologias para tratamento e cura da doença.

Quanto à caracterização da amostra, a idade das acadêmicas variou entre 24 e 36 anos e este fator não trouxe diversidade quanto ao conhecimento. Entretanto, a procura pela qualificação dessas mulheres tem se mostrado um aspecto bastante significativo nos últimos tempos, independente da idade. Essa procura se dá devido ao fato de que desde muito cedo, as mulheres enfrentam discriminação no mercado de trabalho, bem como algumas desvantagens na sociedade, como, por exemplo, a desigualdade salarial, estas oriundas de questões culturais.

Segundo dados do IBGE (2010), há uma diferença significativa entre o tempo de escolaridade de homens e mulheres. Nessa pesquisa, constatou-se que 61,2% das mulheres trabalhadoras têm 11 anos ou mais de estudo contra 53,2% dos homens. Evidenciou-se ainda, enquanto curso de nível superior, a parcela de mulheres com curso superior completo foi de 19,6%, sendo esses dados superiores aos dos homens que foi de 14,2%.

Sobre o local da realização das entrevistas, estas foram realizadas em salas de aula e em consultórios ambulatoriais do hospital escola. Observou-se que a maioria das participantes estava bastante à vontade nesse ambiente, o que propiciou o compartilhamento de assuntos relacionados às questões estruturais do ensino na Universidade, socioeconômicas relacionadas às usuárias, que encontram dificuldades de acesso ao serviço e experiências pessoais relatadas pelas mesmas.

A partir do processo de codificação, sugerido por Creswell (2010), no passo três da análise, quatro grandes categorias predeterminadas pela autora, relacionadas ao conhecimento pertinente, foram evidenciadas. Estas quatro dimensões propostas por Morin (2000) - o *contexto*, o *global*, o *multidimensional* e o *complexo*, serão expostas adiante, como análise desta pesquisa. Ao se trabalhar com estas dimensões, há uma organização dos conhecimentos, que é um desafio, porque só podemos conhecer as partes se conhecermos o todo e só podemos conhecer o todo se conhecermos as partes.

Nesse sentido, alguns aspectos essenciais relacionados à saúde, como a

expectativa de vida, ter saúde e ser feliz, são condições inerentes das práticas de cuidado, estabelecidas em vários campos, as quais devem ser consideradas na educação dos profissionais de saúde (FÁLCON; ERDMANN; MEIRELLES, 2006).

E essa construção do conhecimento, quando voltado para o ser humano, para o ser do cuidado, nas suas relações de cuidado e na gestão das práticas de saúde, tende a conferir responsabilidade aos indivíduos nas ações de cuidado, transformando-o em sujeito da ação de saúde (ERDMANN; ANDRADE; MELLO; MEIRELLES, 2006).

Diante disso, podemos verificar nas categorias apresentadas a seguir, que o agir individual tem características multidimensionais, as quais se relacionam na prática do cuidado. Porém, para que os acadêmicos, futuros profissionais de saúde atuem de maneira autônoma, podendo inovar, buscando melhores práticas de cuidado, é necessário que o contexto onde estão inseridos, ou seja, o seu espaço social de atuação profissional, seja reconhecido.

4.1 DIMENSÃO CONTEXTO

A primeira categoria a ser analisada diz respeito à dimensão contexto, na qual o ser humano estabelece as relações de conhecimento e suas ações de promoção à saúde quanto ao câncer de mama, entendido como um local de transformação. As falas a seguir abordam que esta estudante universitária, futura profissional da área da saúde, entende que o sistema de saúde é lento e que o acesso à informação e tratamento é crítico, ou seja, percebemos que o conhecimento vai se tornando deficitário a partir do momento que não há uma contextualização entre informação e circunstâncias descritas pelas entrevistadas.

Eu acho o que falta principalmente hoje é acesso a informação e tratamento também. O que eu vejo aqui é que às vezes a pessoa precisa, só que demora a ter acesso ao serviço de saúde. Quando ela está no serviço até que é rápido fazer uma mamografia. Mas por exemplo, para ela chegar do “postinho” até aqui, às vezes ela demora um ano. Então eu acho que isso dificulta. Assim, para ela ter acesso de uma unidade de saúde PSF, para um hospital terciário, um ano pra quem tem um câncer é muito tempo [...] Essa é a parte frustrante [...] como profissional de saúde (M2).

[...] as mulheres de mais idade elas têm muita resistência de fazer essa busca do médico, de procurar, receber orientação, e muitas vezes quando elas vão, a doença já tá num estágio avançado [...] mas eu acho que as mulheres mais jovens são mais conscientes e essas buscam esses métodos

de prevenção tentando o aparecimento do câncer [...] (E1)

Por isso, o pensamento contextual tem como objetivo buscar a relação de inseparabilidade entre qualquer fenômeno e seu contexto e deste contexto com o mundo (FÁLCON; ERDMANN; MEIRELLES, 2006). Isso se torna mais claro quando observamos que a mortalidade por câncer é variada conforme as regiões e que pode ser influenciada pelo acesso aos serviços de saúde, bem como pelo desempenho destes, pois o acesso é um dos objetivos considerado essenciais para o desenvolvimento de ações estratégicas para o controle do câncer, sendo estabelecido como universal e igualitário pelo MS (BRASIL, 2008).

No entanto, outras metas do MS foram estabelecidas para a atualização dos profissionais que atuam no cuidado ao câncer, pois além de realizar a prevenção, diagnóstico, assistência e reabilitação, é preciso que os profissionais tenham uma visão integral para o cuidado. Nesse aspecto, o desenvolvimento de estudos epidemiológicos da doença, os quais fizeram a identificação dos fatores de risco, podem promover um importante auxílio aos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico, prevenção e cura do câncer e isto se dá pela educação permanente (BRASIL, 2008).

Porém, percebemos nas falas a seguir, que mesmo com estratégias estabelecidas para a atualização dos futuros profissionais, o conhecimento sobre aspectos fundamentais da doença, seu tratamento, programas específicos é pouco abordado na sua formação, não sendo relacionados com o contexto ao qual este futuro profissional estará inserido:

Eu acho que a gente tem que ficar atenta, procurar se atualizar, aprender bem sobre o assunto inclusive para poder trabalhar. [...] porque se a gente não tem todo o conhecimento, um conhecimento bem amplo e atualizado, a gente não tem condições de atender bem (E5).

Eu acho que a gente deixa de buscar conhecimento naquilo que não é realmente o interesse da gente [...], se você está focado numa área, você quer buscar conhecimento só naquilo e às vezes deixa todas as outras coisas que também são importantes [...] mesmo não sendo a área que você atua, o assunto, por exemplo, de câncer de mama é um assunto importante (E6).

Porque eu sei que tem que fazer o exame, eu sei a partir de que idade que tem que fazer, quais alguns fatores de risco, mas eu não sei depois, se vier o exame alterado alguma [...] aí eu não sei o que eu vou ter que fazer (M1).

É importante salientar diante dessas falas, que o conhecimento das informações ou dos dados isolados ainda é limitado, ou seja, há necessidade de um investimento entre as partes, formação acadêmica e atuação profissional, para que o conhecimento não seja isolado e o contexto deva ser considerado para a prática do cuidado, pois os contextos ambientais são muito diversificados, agregando dessa forma uma parte de complexidade. A acadêmica, ou seja, a futura profissional sabe da importância da integralidade do cuidado, mas por algum motivo, não o coloca em prática.

Dessa maneira, considerando as estratégias para o controle do câncer de mama e sua detecção precoce, sabe-se que é importante a conscientização para os sinais de alerta que alguns tipos desta doença podem apresentar. E os componentes essenciais para esse controle são a informação para a população e a informação para os futuros profissionais (BRASIL, 2011).

Assim, podemos destacar algumas falas no que diz respeito às informações preconizadas pelo INCA, quanto às questões técnicas, as quais os profissionais devem focar para a detecção precoce do câncer de mama.

mulheres que tem mães, que tiveram a mãe ou alguma irmã com a doença tem mais predisposição a ter o câncer [...] alimentação não adequada [] atividade física quando não faz, sedentarismo, ah ... estresse [] (E2).

as (mulheres) que não tiveram filhos, nulíparas...[...] as que tiveram menstruação muito cedo [...] tabagismo (E4).

tem correlação genética [...] tem história familiar [...] terapia de reposição hormonal,... uso de anticoncepcional [...] tabagismo [...] hábitos de vida de agora...uso de medicação, com hábitos de vida, até a alimentação [...] todas as mulheres praticamente em idade fértil usam anticoncepcional, que é um hormônio exógeno (M4).

Essas falas demonstram que as estudantes universitárias conhecem informações técnicas, as quais são alvo para o desenvolvimento de ações visando à promoção à saúde, embora alguns estudos sugiram que não há nenhuma evidência que justifique a recomendação de estratégias específicas de prevenção (BRASIL, 2004).

Outro dado importante, que emergiu nesta categoria, foi sobre a mamografia – exame essencial, utilizado no rastreamento do câncer de mama. É importante ressaltar que a contribuição do rastreamento pode reduzir a mortalidade entre 30 e

50%, mas para que seja efetivo e alcançar impacto, é necessário garantir acesso e qualidade nas ações de cuidado (BRASIL, 2011b). Vejamos nas falas a seguir:

a mamografia [...] acho importante fazer a mamografia, porque detecta muitos casos de câncer, principalmente no início [...] Depois dos 45 se eu não estou enganada, depois dos 50, que é feito a mamografia (E5)

o exame da mama, a mamografia ela é feita em mulheres a partir dos 35 anos [...] E o que eu confio muito é essa avaliação anual da mamografia, que você vai de ano em ano avaliar através de exame de imagem se existe ou não o nódulo (E2)

Rastreamento do câncer, fazer mamografia anual depois de uma certa idade [...] mamografia, o ultrassom, principalmente (M3).

Charlot (2000), ao citar Monteil (1985) revela que a informação é um dado exterior ao sujeito, podendo ser armazenado, até mesmo em um banco de dados. Já o conhecimento, é o resultado de uma experiência que pode ser pessoal, anexo à prática de um sujeito provido de qualidades afetivo-cognitivas. Este é intransmissível, sendo a informação de predominância pela objetividade e o conhecimento sob a primazia subjetividade.

Ademais, Ceccim e Feuerwerker (2004) referem que a formação não pode tomar como noção somente a procura de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia da patologia, mas

desenvolver condições de atendimento às reais necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Para Morin (2000), mesmo havendo comunicação, pode não existir a compreensão. Pois compreender significa apreender em conjunto e a compreensão humana vai além da explicação, que seria uma forma de conhecer o objeto e “aplicar-lhe todos os meios objetivos de conhecimento” (MORIN, 2000, p. 94). Dessa forma, podemos observar nas falas a seguir, que as relações entre as pessoas – futuros profissionais e pacientes – estão cada vez mais ameaçadas pela não compreensão das informações.

Como profissional a gente nunca lembra de perguntar, histórico de câncer de mama na família, eu nunca lembro de perguntar e eu acho que eu tenho

pouca informação [...] se você for ver, eu não sei a classificação de *BI-RADS* certinho, não sei interpretar uma mamografia, não sei interpretar um ultrassom [...] (M1).

Eu não me sinto preparada para fazer essa orientação, mas eu enquanto paciente, eu também não sei como seria buscar essa ajuda. Eu não tenho informação suficiente enquanto paciente (E4).

A falta de informação explicitadas nas falas requer uma reflexão acerca do entendimento de como as estudantes se percebem nesse contexto. Pois, pela falta de compreensão que o indivíduo tem de si mesmo, há o desenvolvimento de um individualismo o que justifica um comportamento egocêntrico, lançando sobre o outro o problema do fenômeno em questão, ou seja, questões negativas são relacionadas à instituição ou aos programas, mas não são vistos como algo também a ser trabalhado individualmente.

Segundo Godinho e Koch (2005), em pesquisa realizada para verificação das fontes utilizadas pelas mulheres para adquirirem conhecimento sobre câncer de mama, a televisão constituiu o instrumento mais utilizado pelas entrevistadas dessa pesquisa, independentemente do grau de escolaridade. Essa pesquisa ainda revelou que, as mulheres que auto-atribuíram maior nível de conhecimento sobre a doença, apresentaram maior propensão para realizar o autoexame das mamas corretamente, ou seja, de 7 a 10 dias após a menstruação.

E por meio da Educação em Saúde, preconizada pelo MS, que tem como objetivo contribuir para que as “pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar sua vida” (BRASIL, 2009, p.22) através de informações recebidas durante a assistência, outra questão que perpassa pelo conhecimento do câncer de mama é o acolhimento em saúde, definido como um “modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos/as que procuram os serviços de saúde”, e que deve ser realizado por um profissional que tenha postura ética, pois implica o “compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções” (BRASIL, 2006, p.7).

É com essas e demais características que o profissional deve prestar cuidado à seus pacientes, levando ainda em consideração as especificidades da população feminina, bem como o contexto onde estão inseridas. Desta forma, a educação em saúde é reconhecida e referida pelas estudantes universitárias, como uma ação

importante e como forma de acolhimento.

[...] a gente acha que as pessoas têm muita informação, mas eu acho que acaba faltando bastante (informação) quando a gente entra em contato com os pacientes [...] a gente vê que é bem falho mesmo a informação para eles (M3).

Eu acredito na educação em saúde. [...] você passando confiança, passando as informações de uma forma acessível para que ela (a mulher) possa compreender, explicando a importância e essa usuária voltar seguidamente para o posto, para você atendê-la nas próximas consultas, é possível dar continuidade a essa educação em saúde (E5).

E ao inserir o câncer de mama nesse contexto, percebemos que há muito se fala nas especificidades dessa patologia. E assim, a criação de políticas públicas como a Política Nacional de Humanização do SUS – Humaniza SUS, instituída em 2003, vem trabalhando para que a assistência à saúde se torne integral. Desse modo, entendemos que a saúde da mulher requer muito mais do que políticas, mas a criação de vínculos verdadeiros entre paciente e profissional, para tornar o cuidado específico (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o acolhimento como uma das diretrizes do SUS, além de realizar a aproximação com o usuário do serviço de saúde, contribui para a ética, no sentido de reconhecer o outro, acolhendo-o, “em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida”, buscando o reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2006, p.6).

Corroborando com Charlot (2000, p. 52), que afirma que “o homem sobrevive por nascer em um mundo humano, pré-existente, já estruturado”, Morin (2000, p.14) alega também que “não seríamos seres humanos, indivíduos humanos, se não tivéssemos crescido num ambiente cultural onde aprendemos a falar, e não seríamos humanos vivos se não nos alimentássemos de elementos e alimentos provenientes do meio natural”.

Além disso, o contato com as situações de dor, finitude e morte, bem como as mutilações, os efeitos colaterais de medicamentos, que provocam graves reações físicas e emocionais, desesperança de familiares e pacientes e a expectativa de cura da doença, exige dos profissionais habilidade relacional e afetiva, que deve considerar as necessidades e especificidades de cada paciente (BRASIL, 2008).

E nesse sentido, podemos explicitar a categoria contexto, no âmbito do INCA, como a criação de espaços, nos quais os profissionais de enfermagem atuem de maneira à acolher o usuário juntamente com a equipe interdisciplinar, refletindo numa assistência oncológica de qualidade, respeitando a individualidade e singularidade de cada paciente (BRASIL, 2008).

É necessário também, que os diversos tipos de serviços estejam interligados, para a formação de um conjunto integrado de atenção contínua à população, ou seja, “no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa”, sempre com a ideia de que a atenção ao controle do câncer deve contemplar os cinco níveis de atenção: promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, além de dar suporte individual e familiar para o cuidado (BRASIL, 2011, p.81).

Isso inclui os procedimentos de menor complexidade técnica, que são realizados com bastante frequência e são de baixo custo, como por exemplo exames de hemograma e Raios X. Estes devem ser disponibilizados e organizados para atender às necessidades de saúde mais simples e comuns da população, ainda, que possam estar próximos de sua residência (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o que percebemos nas falas das entrevistadas, é seu conhecimento a respeito da existência de uma demanda de exames, os quais não estão ao alcance da população.

(os exames preconizados pelo MS) são eficazes se as pacientes fizerem. Mas eu sou do interior e eu sei que na minha cidade não tem e as mulheres não conseguem fazer [...] (M1).

Eu acho que talvez tenha pouco acesso (aos exames). Agora com essas campanhas assim, talvez tenha mais (acesso), mas não sei como está para marcar via posto de saúde, [...] talvez seja dificultado o acesso mesmo para as pessoas (M3).

É o discurso é bem bonito, mas eu acho que pela quantidade, pela demanda de pessoas, eu acho que o SUS não dá conta da quantidade de mulheres e a quantidade de mamógrafos [...] sobre a qualidade do exame, se é um exame bem feito [...] se tem um laudo (E1).

E diante de tais dados, verificamos que ao identificar questões essenciais ao controle do câncer de mama, como a solicitação de exames, para que haja a promoção de ações de controle da doença, os profissionais de saúde devem estar comprometidos com a defesa da vida, com a ética, independente de ser do indivíduo

ou da população, estabelecendo e definindo os tipos de cuidados necessários, como estes serão realizados, organizando os fluxos de encaminhamento destes pacientes, planejando ações e programas, elaborando, publicando e fazendo valer as políticas de saúde, bem como, tratar e cuidar da população (BRASIL, 2011).

Nesse processo, o profissional de saúde é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas como um mero recurso humano, que deve realizar tarefas as quais foi lhe solicitado. Na gestão do trabalho no SUS, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos (BRASIL, 2009).

Em síntese, a dimensão contexto dentro do conhecimento pertinente, tem como foco principal a relação das informações e seu contexto, ou seja, as ações de cuidado devem estar associadas ao processo de bem estar da saúde. Isso pode ser caracterizado a partir das relações complexas entre as pessoas – profissional e paciente, bem como o ambiente onde estão inseridos – este bastante diversificado, como demonstrado neste estudo por meio das falas das participantes, quando discorreram sobre o espaço social ou de atuação profissional. Ainda, podemos citar a atualização do trabalhador, o acolhimento em saúde e do mesmo modo as questões técnicas sobre o câncer de mama. Acrescentamos por fim, as relações entre as instituições formadoras e os futuros profissionais, ponto significativo desta pesquisa.

Todos esses aspectos são relevantes para a realização do cuidado em saúde, principalmente quando tratamos sobre o câncer de mama, pois este tem se tornado um desafio quando percebemos que o sujeito que estamos cuidando é dono de sua própria vida e que o contexto onde iremos atuar deve estar vinculado às nossas próprias atitudes e ações, isto é, o cuidado ultrapassa a realização comum e habitual de técnicas.

4.2 DIMENSÃO GLOBAL

A dimensão *Global* enquanto categoria compreende o conjunto das diversas partes ligadas a ele de modo organizacional. Desta forma, os saberes separados distanciam o homem das ciências, das suas dimensões psíquica, social, religiosa e econômica, o que fortalece a ideia de que o fenômeno da globalização auxilia em tornar o mundo cada vez mais dividido. Portanto, para compreendermos o ser

humano é necessário compreender os elementos que o constituem.

Porém, ao adentrarmos nos sistemas de ensino, percebemos que há uma inadequação entre a formação dos profissionais e a realidade. Para Fálcon, Erdmann e Meirelles (2006), os saberes estão separados: de um lado estão os centros de ensino, com os saberes fragmentados, divididos e compartimentados e do outro, a realidade com problemas multidisciplinares, transversais e globais.

Verificamos assim, nas falas a seguir, que a dimensão global não é considerada, pois a falta de percepção do mesmo conduz ao enfraquecimento da responsabilidade, ou seja, cada um passa a responder somente por sua tarefa individual, sendo que a responsabilidade recai sobre o outro.

Nas Unidades de Saúde você vê muito cartaz a respeito de aleitamento materno, a respeito de tuberculose, e sobre câncer de mama às vezes tem um e às vezes, nem todo lugar tem. Hoje tem muito cartaz até sobre protocolo de Manchester, mas sobre o câncer de mama às vezes você vê uma coisa ou outra, sobre autoexame também vê uma coisa ou outra (E3).

Então o médico não foca muito nas queixas do paciente e [...] às vezes, se não tem nenhuma queixa na mama ele não vai tocar no assunto [...] eu acho que acontece isso, em geral, em todas as áreas (M4).

E nesse caso, o conhecimento pertinente compreende / considera que as informações devem situar-se num contexto global, também num contexto geográfico e histórico. Pois como na sociedade, existem diversas interações entre os indivíduos, as quais formam um conjunto, e a sociedade por possuir uma língua e uma determinada cultura, ao transmitir isso aos indivíduos, os desenvolve, tornando-se “co-produtores um do outro” - indivíduo/sociedade/espécie (MORIN, 2000, p.105).

Nesse sentido, os programas e políticas para o controle do câncer de mama também estimulam que os indivíduos se tornem autônomos e participem ativamente para a promoção da sua saúde. Dessa maneira, podemos citar a Política Nacional de Atenção Oncológica, coordenada pelo INCA, contemplando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de câncer (BRASIL, 2011). No entanto, ao observar as falas a seguir, a global, ou seja, a interação entre indivíduos e sociedade e seu desenvolvimento a partir desta junção não existe, pois há sempre uma justificativa demonstrando que o todo não interage com as partes.

Você fica pensando, porque que está tendo tantos casos [...] eu já cheguei a refletir muito sobre isso e eu acho que tem que ter pesquisa [...] sempre está tendo, mas em relação ao autocuidado, a atenção primária, a prevenção, a educação em saúde [...] acho que está faltando bastante pesquisa nesse campo (E5).

Eu acho que tenho que, enquanto profissional, me instruir mais, sobre o câncer de mama. Eu não tenho todo esse conhecimento suficiente e não me sinto preparada para passar informações. No máximo autoexame e só. Não saberia mais nada além disso. Enquanto profissional eu teria que correr mais atrás disso (E4)

[...] aqui eu vejo, não sei se por ser um hospital escola que a gente fala mais, [...] os médicos estão mais preocupados em curar o que tem ali, não em prevenir [...] (M2).

Podemos citar as recentes pesquisas sobre o autoexame das mamas, as quais consideram que este procedimento não diminui a mortalidade pela doença, não sendo recomendado como método de rastreamento, pois levam a um grande número de realização de biópsias, demonstrando que há mais riscos do que benefícios (MENKE; DELAZERI, 2010). Esses dados corroboram com a fala das participantes desta pesquisa, que consideram o autoexame como um método para o conhecimento do próprio corpo e não como uma conduta de detecção da patologia.

[...] Eu não confio muito no autoexame da mama, eu confio nele pra mulher se conhecer (E2).

o autoexame da mama [...] ele não é efetivo na detecção do câncer porque quando você detecta pelo autoexame o nódulo já está muito grande, então eu não sou muito a favor [...] eu como enfermeira, nunca vou orientar uma mulher a não fazer [...] eu vou sempre orientar a mulher a fazer, mas não com o objetivo de detectar o câncer, mas com o objetivo de ela se conhecer [...] estar todo mês se olhando na frente do espelho, fazer o toque [...] para ela se descobrir, estar se percebendo [...] o autoexame hoje já não é recomendado [...] (E1).

a especificidade, sensibilidade do autoexame não é tão grande assim [...] é claro que ajuda em nódulos maiores, mas provavelmente já em estágios mais avançados, se for um câncer [...] Se não for só um nódulo benigno [...] (M4).

Assim, pode-se afirmar que as estudantes universitárias estão atualizadas sobre a questão do autoexame e dessa maneira poderão contribuir no contexto de atenção à saúde da mulher.

Outro fator importante, que observamos ao analisar os dados, foi o surgimento do tema cuidado de si, expressado como responsabilidade para o cuidado do outro, ou seja, é preciso estar bem consigo mesmo para cuidar do outro.

Quando refletimos sobre o cuidar, especialmente no contexto da saúde da mulher, verificamos que tema abrange o cuidar de um modo geral. Silva *et al* (2008), refere que todo e qualquer profissional da área da saúde deve se preocupar consigo primeiro, para então ter condições de cuidar do outro. Entretanto, afirma que o enfermeiro é o profissional que está em contato direto com os indivíduos, estejam eles doentes ou não.

E essa relação de cuidado do outro e cuidado de si, Silva *et al* (2008) ao citar Carraro e Randünz (2003), descrevem como o desenvolvimento do profissional, colaborando para o desenvolvimento do outro. Há uma representação material, é um corpo de desejos e de relações e que está investido no mundo (BECKER, 2004). Desta forma, o cuidado de si é percebido nas entrelinhas das falas e demonstra que a partir do momento em que há o envolvimento na ação de cuidar e de se relacionar com o outro, há a valorização do encontro entre pessoas.

eu acho que a gente dá pouca importância para as coisas relacionadas ao próprio corpo, a se tocar, [...] a se olhar, sabe [...] a gente cuida mais com doença, com coisas clínicas, por exemplo [...] se tem enjoo, se passa mal. Agora coisas sobre se olhar no espelho, se tocar [...] talvez o próprio dia a dia, a gente quando toma banho já sai correndo, faz tudo tão corrido, que eu chego em casa morta de cansada e tudo o que eu quero é dormir. [...] acho que a rotina [...] a gente vai deixando isso de lado (E3).

[...] a gente perdeu um parente há dois anos, é bem traumático então você acaba se cuidando mais (M3).

imagine eu, acadêmica de enfermagem, ensino superior não faço o autoexame, e entendendo bem a doença, então [...] (E5)

Diante desses dados, entende-se que como futuras profissionais de saúde, as acadêmicas têm consciência da importância de desenvolver uma conduta de cuidado de si, pois considerando Morin (2000), o ser humano não pode ser compreendido apenas pela sua constituição, mas como uma pequena parcela de um todo, sendo o todo a soma das partes, bem como as partes complementando o todo.

Por fim, compreendemos que a dimensão global é entendida como conjunto das diversas partes ligadas a ele, e como particularidade podemos apontar que a caracterização do conhecimento nesta dimensão se deu por meio da interação entre indivíduos e sociedade, ou seja – futuros profissionais e instituição formadora; futuros profissionais e o cuidado de si. Nesse sentido, a fragmentação do conhecimento existente na formação, faz com que a realidade se torne distante.

Também, nessa mesma situação, percebemos que fica explícito que a responsabilidade sobre questões técnicas - como o autoexame das mamas, a relação entre o futuro profissional e a acadêmica como pessoa, como mulher, estão quase que em um mesmo cenário.

Assim entendemos que o ser humano é multidimensional por ser constituído por diversos aspectos e o conhecimento pertinente dá condições ao homem para compreender igualmente as condições objetivas e subjetivas dos acontecimentos da vida.

4.3 DIMENSÃO MULTIDIMENSIONAL

A dimensão multidimensional se constitui em unidades complexas como por exemplo, o ser humano e a sociedade, comportando várias perspectivas para cada situação. Dessa maneira, o ser humano é ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional. Já a sociedade comporta as dimensões histórica, econômica, sociológica e religiosa. Nessa visão, quanto mais os problemas se tornam multidimensionais, maior é a incapacidade de pensar na sua dimensionalidade (Morin, 2000a).

Essa percepção, de inaptidão de compreender o multi, é observada nas falas das estudantes a seguir, ao entendermos que como multidimensional, o indivíduo se relaciona com a sociedade e vice-versa, sendo dependentes um do outro, porém há a constatação das acadêmicas de outros aspectos da assistência, como alguns procedimentos realizados na consulta de enfermagem: o exame clínico das mamas, a orientação sobre o autoexame das mamas, a coleta do papanicolau.

Como acadêmica eu fiz estágio na Unidade de Saúde, [...] quando fazia preventivo, a gente fazia o exame das mamas, e ensinava o autoexame para mulher, além do preventivo. [...] mas tem muitos profissionais médicos e também enfermeiros que não se preocupam, que coletam só o preventivo e não fazem o exame e nem orientação a respeito das mamas [...] (E6).

[...] acho que orientar as pacientes para seguirem essa rotina de rastreamento, para tentar diagnosticar precocemente (M3)

Podemos perceber nas falas que existe uma diferenciação no que diz respeito à assistência: as acadêmicas de enfermagem expressam algumas questões subjetivas, o que coloca a enfermagem sempre em busca do bem estar geral do seu

paciente, conforme Schoeller, Leopardi e Ramos (2011), que afirmam que o sujeito enfermo e o sujeito cuidador, se unem em busca do bem estar e da felicidade, pois a enfermagem é a única profissão que tem na sua essência a possibilidade de realizar esta busca.

Já as acadêmicas de medicina referem nas suas falas algumas questões relacionadas ao diagnóstico e tratamento, que abordam aspectos relacionados ao ser humano, como a realização do autoexame das mamas, associado ao exame diagnóstico que é a mamografia, dimensão esta entendida como a relação da futura profissional e a sociedade. Vejamos nas falas a seguir:

[...] os médicos preferem que a mulher faça uma mamografia ao invés de fazer o autoexame das mamas (M5).

[...] avaliar a mulher, como ela está se sentindo, acompanhar todos os processos de doença [...] como profissional, você reflete um pouco sobre esses aspectos (E5).

A fala da entrevistada E5, aponta para uma reflexão de que, acompanhar todos os processos da doença, avaliar a mulher e todos os seus sentimentos, apontam para uma visão multidimensional, pois um possível diagnóstico de câncer de mama, poderá repercutir nos aspectos emocionais, sociais, sentimentais, muito mais amplos do que um diagnóstico laboratorial sobre o estadiamento da doença.

Para que essa realidade possa vir a se transformar, ou seja, que a usuária do sistema de saúde venha a ser assistida de forma integral, o MS estabelece que as ações na atenção ao câncer de mama sejam realizadas por equipe interdisciplinar, e que o enfermeiro e/ou médico estejam qualificados para realização do exame clínico das mamas, bem como para proceder com as orientações sobre o autoexame das mamas e realizar o acolhimento dessa usuária em todos os seus aspectos – social, cultural, familiar e individual (BRASIL, 2004).

Durante algum tempo, grande parte das ciências concordava com alguns princípios para a transmissão do conhecimento. Um desses princípios era o princípio da redução, que limitava o conhecimento do todo ao conhecimento das suas partes. Esse, por sua vez, determinava a exclusão de tudo aquilo que não era mensurável e quantificável, eliminando também o elemento humano do humano, como as paixões, emoções, dores e alegrias (MORIN, 2000).

Assim, quando a inteligência – referida por Morin (2000) como a curiosidade, sabedoria sobre aspectos do mundo e a compreensão, torna-se parcelada ou mecanicista, há também o fracionamento dos problemas, separando o que está junto, tornando o unidimensional em multidimensional, ocasionando a redução das possibilidades de julgamento ou da visão a longo prazo. E para que o ser humano consiga situar-se no universo, a educação do futuro, proposta por Morin, deve estar focada na condição humana, levando em consideração todos os aspectos que envolvem o ser, como a sua diversidade cultural, reconhecendo-se em sua humanidade comum (MORIN, 2000a).

E ao observarmos os dados desta pesquisa, emergiram as relações entre questões pessoais e profissionais, ou seja, as estudantes universitárias refletem sobre sua condição de mulher e futuras profissionais, tornando a situação do câncer, multidimensional.

Para as mulheres é uma doença que traz um estigma muito grande, geralmente a gente pensa que vai ficar feia, horrorosa, que vai perder um membro do corpo e que vai ficar magra que o cabelo vai cair como todo câncer, mas eu acho que o câncer, câncer de mama, em específico, ele traz uma característica de mexer com a nossa aparência física e com a feminilidade, [...] a gente tem, carrega um pensamento muito ruim de que você vai ficar feia por fora, por dentro e que vai ser menos mulher porque o seio que é uma parte relacionada, só a mulher tem, que é uma área erótica também, e você fica pensando que você, fica com as dúvidas a respeito do parceiro, mas isso socialmente falando (E3).

Em relação a mim, isso desperta uma consciência bem maior, até em relação ao câncer de colo uterino [...] Isso abala [...] Até vendo os pacientes na enfermaria, vendo o sofrimento [...] (M3).

Por isso, Charlot (2000) menciona que quando o ser humano nasce, é submetido à obrigação de aprender para apropriar-se do mundo e assim, participar da construção de um mundo pré-existente, inserir-se em relações e processos que fazem parte de um sistema de sentido, este chamado de educação. Diante disso, a educação é considerada como uma autoprodução de si, sendo fundamental uma troca com os outros e com o mundo. Não há a possibilidade de o sujeito ser educado se não existir um mundo que lhe permita construir-se.

Ademais, para Erdmann e Meirelles (2006), a instituição formadora, ou seja, a universidade, tem um papel decisivo na sociedade, a qual deve favorecer à cultura de compreensão da nossa condição e assim possa ajudar-nos a viver e pensar de

modo aberto e livre, permitindo ter uma melhor percepção dos problemas humanos.

Para que isso ocorra, algumas propostas de ações estratégicas que têm como objetivo organizar os serviços e os processos formativos, bem como as práticas de saúde e práticas pedagógicas, propõe que os saberes devem ser articulados entre o sistema de saúde e as instituições formadoras. Essa ideia resultaria na agregação entre desenvolvimento individual e institucional e os serviços de gestão, atenção à saúde e controle social (CECIM; FEUERWERKER, 2004).

Destaca-se dessa forma, que o conhecimento e sua construção está ligado a princípios éticos, ao uso crítico da razão, sendo necessário o seu uso a todo o momento, devendo estar presente na formação do indivíduo enquanto pessoa e profissional. E podemos então, caracterizar a dimensão multidimensional, destacando a diversidade no que diz respeito às questões subjetivas e amplas, voltadas para o todo, mais citadas pelas acadêmicas de enfermagem e questões mais pontuais e objetivas relacionadas ao diagnóstico e tratamento específico, referidas pelas acadêmicas de medicina.

No entanto, essa característica do conhecimento, ao ser bem aprimorada, pode levar ao sucesso no que tangencia à assistência e cuidado ao câncer de mama, pois ao desenvolver programas específicos para este fim, o MS preconiza e estabelece a aliança destas diferentes profissões, ou seja, o enfermeiro e o médico, bem como inclui outros profissionais, como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais (BRASIL, 2004a).

Ainda finalizando, a condição de empatia, que leva às futuras profissionais refletir sobre sua condição de mulher, é característica essencial na dimensão multidimensional, porque entendemos que ao nos relacionarmos com a sociedade, esta apresentada aqui como a relação da futura profissional e o câncer de mama, reconhecemos o homem e suas constituições.

4.4 DIMENSÃO COMPLEXO

Podemos definir a complexidade como um fato da vida, pois somos seres complexos, multidimensionais e fazemos parte de um todo. Dessa forma a complexidade coloca identidade e diferencia todos esses aspectos que fazem parte do ser humano. Assim, Morin (2000) defende que a reforma do pensamento dará ao indivíduo possibilidades de alcançar uma visão geral, resolvendo problemas

específicos, transformando a realidade e a si próprio.

Diante disso, na categoria complexo, em saúde, os saberes e experiências devem ser compartilhados de maneira que o cuidado proporcionado seja adequado, respeitando as particularidades do outro (FÁLCON; ERDMANN; MEIRELLES, 2006). Nesse sentido, o MS (BRASIL, 2011) sugere que uma das formas de organizar o cuidado é integrar os diversos níveis de atenção: sendo a atenção primária, atenção especializada de média complexidade e atenção especializada de alta complexidade.

E como futuras profissionais, as acadêmicas da área de saúde serão as principais responsáveis pela divulgação de informações sobre doenças, independente da especialidade que desejam ou vão realizar no futuro (AIRES et al, 1999). Por isso, a partir do momento que o indivíduo se percebe no mundo e reflete sobre suas ações, seu “estar” no mundo, há um comprometimento com o que acontece em sua volta, e isso se deve à sua formação, à sua consciência, às suas experiências de vida. Ao conseguir olhar de “fora” o mundo ao qual pertence, bem como, sair da sua realidade e observá-la de fora, poderá transformar essa realidade (FREIRE, 1979).

Diante disso, o conjunto das dimensões contexto, global e multidimensional, foca na condição humana, a qual está estabelecida de forma geral e unificada pela complexidade. Assim, é impossível compreender a unidade complexa do homem pelo conhecimento desunido, afastado, disjuntivo. Desse modo, o conhecimento pertinente, considerado como fundamental para a educação do futuro, está enraizado no estudo da complexidade humana, pois este deve conduzir à tomada de consciência e de conhecimento, bem como “da condição comum a todos os humanos e da muito rica e necessária diversidade dos indivíduos” (MORIN, 2000a, p. 64).

Nesse sentido, observamos nas falas das estudantes que as disciplinas enfocam assuntos específicos, mas no decorrer da formação, as matérias vão unificando, dando uma característica geral ao conhecimento do todo.

A gente está sempre vendo de novo nas aulas, mas com enfoques diferentes. Por exemplo: nos dois primeiros anos o enfoque foi mais molecular, genético da doença. E agora nos últimos anos a gente vê mais a parte clínica, tratamento, terapêutica, os recursos diagnósticos que usam, exames. [...] eu acho que a gente sai com uma boa formação da faculdade. [...] a gente que é recém-formada sai trabalhando na área

básica da saúde [...] Eu acho que vai me ajudar bastante (M4).

eu vi isso no sétimo período, e depois a gente acaba passando por outras matérias e quem tem que se dedicar é você. Mas eu quero sim repassar, ver o conteúdo, me atualizar um pouco [...] eu acho que essa é uma área que precisa ter bastante conhecimento porque, a todo momento você está entrando em contato com alguém que tenha um problema de câncer (E5).

Estas experiências e vivências acadêmicas, sendo parte da formação do conhecimento, podem influenciar nas ações de assistência à saúde, de forma a integrar os diversos níveis de atenção, bem como no desenvolvimento de ações individuais e coletivas, por meio de uma visão global e da organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas.

Um outro aspecto observado e que diz respeito à dimensão complexa, são as experiências e vivências dessas acadêmicas enquanto indivíduos, inseridos numa sociedade, que complementam seu conhecimento. Isso pode ser observado no estudo de Erdmann e Meirelles (2006), quando evidenciam que as experiências felizes ou traumáticas, o convívio social, as dores da alma, os acontecimentos inesperados, consideram que estas são formas importantes de conhecimento. Observemos nas falas a seguir:

Na minha família teve alguns casos e é muito sofrido [...] Eu tenho uma tia que há pouco tempo tirou a mama toda [...] ela contou para gente que só foi ver quando não tinha mais jeito [...] mas ela deixou, não quis (tratamento) [...] E ela serviu de exemplo porque não dá para deixar não [...] (E6).

Porque independente se a gente aqui no hospital você conviva com pessoas todos os dias, mas tem uma barreira [...] paciente e você é o médico [...] quando de repente, é uma pessoa do seu círculo pessoal, é bem diferente, começa a cair mais a “ficha” [...] da gente como pessoa, não só como profissional (M2).

Martinazzo (2007, p.355) afirma que para se compreender a realidade hoje há a exigência de uma racionalidade complexa para que se possa ultrapassar as “aprendizagens rotineiras, triviais e descontextualizadas”, permitindo dessa forma, a religação dos saberes pelos alunos, onde estes poderão captar as conexões ocultas da realidade e assim se relacionar consigo e com os outros. Por essa e outras questões, é necessário rever e refletir sobre como a formação profissional vem ocorrendo e identificar se os conteúdos e as metodologias de ensino permitem o aluno ter uma formação técnica, bem como o desenvolvimento de uma visão crítica,

ou seja, também subjetiva, do mundo o qual faz parte (AMÂNCIO FILHO, 2004).

No entanto, uma série de desafios vêm sendo enfrentados pelo MS para que a assistência e às ações de controle do câncer sejam efetivas. Desses, podemos citar a fragmentação do processo de trabalho, as relações entre os diversos profissionais, o despreparo das equipes para atuar frente às práticas de atenção - na sua dimensão subjetiva, a desvalorização do trabalho em saúde e ainda, o modelo de atenção baseado na “relação queixa-conduta”, além da não formação de vínculo entre usuários e equipes (BRASIL, 2006, p.66).

Diante disso, percebemos que mesmo com dificuldades e desafios, o MS tem propiciado muitas iniciativas para o desenvolvimento de um pensamento crítico, estimulando também o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação de profissionais da saúde, como verificamos por meio dos objetivos traçados pelo PNAO, “(2) qualificar os diferentes atores sociais para a compreensão e gestão do problema do câncer no país; (3) promover a geração de conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico no campo da atenção oncológica” (BRASIL, 2006, p.104).

Assim, Ceccim e Feuerwerker (2004, p.59) afirmam que se a educação permanente estivesse vinculada ao cotidiano gerencial dos serviços de saúde, assim como a gestão setorial e não apenas como campo de estágio ou aprendizagem prática, o SUS poderia ser um “interlocutor nato” das instituições formadoras, implementando e formulando projetos político-pedagógicos de formação profissional.

A relação com o saber na formação vai muito além do núcleo formador, abrange as representações do presente e futuro, da família, do trabalho, temas sobre desemprego, das tecnologias modernas, assim como a representação do saber compreende um conteúdo de consciência, que está inserido em uma rede de significados (CHARLOT, 2000).

Dessa forma, podemos afirmar que o conhecimento pertinente pode ser caracterizado na apresentação dos dados, quando fazemos a junção de todas as dimensões, considerando que é necessário conceber o indivíduo como aquele que dá unidade e constância a uma diversidade de papéis, de caracteres, de potencialidades, ou seja, um sujeito complexo (MORIN, 2003).

As características desta dimensão são visualizadas por meio de experiências vividas pelas acadêmicas de enfermagem e medicina, quando refletem sobre as mesmas, como forma de conhecimento e através da formação, por meio das

disciplinas que versam sobre diversos temas, mas acabam convergindo para o todo, ou seja, a integralidade do cuidado.

Ademais, mesmo que atualmente os saberes, ou seja, a educação propriamente dita esteja passando por grandes transformações, considerando-se que realmente existe uma fragmentação dos saberes, percebemos diante dos dados deste estudo, que há uma consciência em buscar conhecimento pertinente, entretanto essa busca cabe a cada indivíduo, a cada estudante, pois a instituição formadora transmite, em grande parte, o conhecimento científico. E a visão da complexidade, que vai além do conhecimento científico, que são as experiências de vida, os acontecimentos, o convívio social, não são encontrados na educação formal porém considerados formas importantes de conhecimento.

Por fim, o conhecimento pertinente permite apreender em conjunto o texto e o contexto, o ser e seu meio ambiente, o local e o global, o multidimensional, em suma, a dimensão complexa que pode resumir-se às condições do comportamento humano (MORIN, 2000).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na realização desta dissertação passei por grandes desafios, principalmente por àqueles que não planejei. Ter a oportunidade de conhecer novas pessoas e observar como a enfermagem, a medicina também têm obstáculos à enfrentar. Mas o ponto essencial foi conceber que o caminho a ser trilhado seria para um referencial filosófico a ser utilizado para a análise dos dados coletados. Enfim, meu desejo é que essa pesquisa contribua para a prática e pesquisa em enfermagem.

A caracterização do conhecimento de estudantes universitárias sobre câncer de mama em mulheres abordada neste estudo, ressaltou alguns aspectos importantes do cuidado à saúde da mulher que devem ser resgatados, assim como a integralidade do cuidado, que devido às hiperespecializações, torna o processo do cuidar fragmentado, assim como o seu conhecimento.

Diante dos dados, um ponto observado na temática câncer de mama, foi a percepção das acadêmicas de medicina e de enfermagem sobre questões técnicas e subjetivas. Estas emergiram distintas, sendo que as acadêmicas de enfermagem abordam essa temática de uma forma integral, ou seja, em seus aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais, enquanto as acadêmicas de medicina visualizam os aspectos técnicos, relacionados a exames, diagnóstico e tratamento.

Com base no exposto, quanto às categorias predeterminadas, seguindo o referencial teórico de Edgar Morin acerca do conhecimento pertinente, que abrange as dimensões contexto, global, multidimensional e complexo, em síntese podemos destacar:

A dimensão contexto caracterizou-se como as relações de conhecimento e suas ações de promoção à saúde quanto ao câncer de mama. Assim, citamos que:

- ✧ Há a necessidade de uma melhor compreensão dos futuros profissionais sobre os aspectos estruturais que tangenciam o cuidado;
- ✧ Existe uma falta de conhecimento sobre aspectos básicos da doença, como tratamento e há desconhecimento sobre os programas preconizados pelo governo;
- ✧ Destaca-se nessa categoria que as estudantes universitárias conhecem informações técnicas, como a realização da mamografia, esta considerada o exame fundamental, sendo estes

conhecimentos inerentes para o desenvolvimento de ações para o controle do câncer de mama.

- ✧ É preciso que os futuros profissionais da área da saúde estabeleçam vínculos, pois as relações estão delicadas e estes devem auxiliar na transformação da realidade, a partir do momento que se identificam no contexto que estão inseridos;
- ✧ Neste estudo, o contexto caracterizou-se como o ambiente onde estes acadêmicos estão inseridos, como espaço de atuação profissional, bem como o conhecimento sobre o que preconiza o MS sobre o cuidado e à assistência para o controle do câncer de mama;
- ✧ O acolhimento em saúde é determinante no processo do câncer de mama.

Já na dimensão global, que compreende a relação entre o todo e as partes, emergiram os seguintes aspectos, como caracterização do conhecimento:

- ✧ Por se tratar de uma dimensão bastante abrangente, pudemos perceber que esta dimensão é pouco considerada, ou seja, há uma falta de percepção das futuras profissionais em relação às diversas interações que podem desenvolver ao trabalhar com o câncer de mama;
- ✧ Não há interação entre sociedade e indivíduo e isso reflete na assistência, ou seja, a falta de percepção do todo, conduz ao enfraquecimento da responsabilidade, pois cada um passa a responder por sua tarefa individualmente;
- ✧ O autoexame das mamas é referido pelas estudantes como um método para conhecimento do próprio corpo e não como um procedimento para detecção da doença;
- ✧ O cuidado de si é expressado como responsabilidade para o cuidado do outro.

A dimensão multidimensional comporta o homem e a sociedade e estabelece que estes são interligados de forma que o que acontece com um reflete no outro e vice-versa. Com essa visão, caracterizamos o conhecimento como a diversidade entre questões subjetivas e questões técnicas, como:

- ✧ O conhecimento sobre câncer de mama se torna multidimensional,

quando as estudantes refletem sobre sua condição de mulher e profissional, desempenhando diferentes papéis, porém susceptíveis à esta patologia;

- ✧ Ao perceberem esta condição, existe à disposição para a empatia, o acolhimento, em se tratando de outro indivíduo, para esta situação de saúde doença.

E por último, a dimensão complexo, união entre as dimensões contexto, global e multidimensional, que dão sentido à inteligência geral do indivíduo, ou seja, o desenvolvimento para uma aptidão geral para tratar os problemas essenciais. Nessa categoria, podemos ressaltar que o conhecimento foi caracterizado:

- ✧ Mesmo com a fragmentação das disciplinas durante a formação acadêmica, percebemos que os saberes acabam focando o cuidado integral em relação ao câncer de mama;
- ✧ As acadêmicas têm consciência da necessidade de ir além dos "muros" da instituição formadora;
- ✧ A instituição formadora desenvolve o conhecimento científico, porém a visão da complexidade precisa ser incentivada, por meio da integração ensino assistência;
- ✧ O conhecimento poderá ser adquirido pela experiência de vida das acadêmicas.

Concluindo esta pesquisa, percebemos que as dimensões que apresentam características mais concretas, como por exemplo, a dimensão global, são mais abordadas pelas acadêmicas. Já as dimensões que expressam o subjetivo, como a dimensão multidimensional, apresentam menos dados, apontando para a dificuldade de se expressar aspectos mais amplos, que dizem respeito ao todo.

O conhecimento pertinente é possível, porém precisa haver a intenção durante a formação acadêmica que este não seja fragmentado, ou seja, deve-se formar para o todo e não apenas para as partes, tanto do indivíduo, quanto da sociedade.

Podemos afirmar também que a caracterização do conhecimento sobre câncer de mama se dá pelo conhecimento do conjunto de todas as informações referentes ao cuidado da patologia, desde o seu diagnóstico, tratamento, fatores de risco, reabilitação, bem como das políticas públicas e programas preconizados pelo INCA e MS.

Assim, com a realização deste estudo, entendemos que é necessário que outras pesquisas venham a complementar e estimular entre todos os profissionais da área da saúde o desenvolvimento de saberes que tenham como objetivo transformar o contexto ao qual irão atuar, principalmente no que se refere ao câncer de mama. E como contribuição, esta pesquisa vem enfatizar a importância do vínculo entre instituição formadora e o Sistema de Saúde, pois proporciona ao acadêmico uma bagagem consistente, agregado às experiências individuais.

Enfim, o conhecimento é parte integrante do cuidado e este abrange além do saber científico, todas as dimensões propostas nesta pesquisa, considerando que é parte essencial da vida e deve ser desenvolvido de maneira a permitir uma melhor aproximação entre o ser cuidado e o cuidador. Só assim, a partir do conhecimento e do conhecimento do outro, com a criação de relações fraternas e solidárias, poderemos dar um novo olhar no que diz respeito ao controle e cuidado do câncer de mama.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ABRANTES, A.A.; MARTINS, L.M. A produção do conhecimento científico: relação sujeito-objeto e desenvolvimento do pensamento. **Interface – Comunic. Saúde, Educ**, Rio de Janeiro, v.11, n. 22, p.313-325, 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/10.pdf Acesso em: 23/07/12.

AIRES, N.M. *et al.* Conhecimento dos métodos para diagnósticos do câncer de mama entre estudantes de medicina. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 133-137, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72031999000300003&script=sci_arttext Acesso em: 07/08/11.

ALMEIDA, R.T.; ALMEIDA, M.M.G.; ARAÚJO, T.M. Obesidade abdominal e risco cardiovascular: desempenho de indicadores antropométricos em mulheres. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v.92, n.5, p.375-380, 2009. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2009/9205/pdf/9205007.pdf> Acesso em 05/12/2012.

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface – Comunic. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n.15, p.375-380, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a19v8n15.pdf> Acesso em 16/10/12.

AMENDOLA, L.C.B.; VIEIRA, R. A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 325-330, 2005. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao3.pdf Acesso em: 20/01/2012.

ARANHA, M.L.A.; MARTINS, M.H.P. **Temas de Filosofia**. 3.ed. São Paulo: Moderna, 2005.

BECKER, S.G. **Cuidar de si, cuidando do outro, ampliando a consciência do eu**. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2004.

BEGHINI, A.B.; SALIMENA, A.M.O.; MELO, M.C.C.; SOUZA, I.E.O. Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 637-644, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a12.pdf> Acesso em: 14/03/12.

BIREME - OPAS - OMS. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. 2011. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. **Acesso em: 01/11/11.**

BLACKBURN, S. **Dicionário Oxford de filosofia.** Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

BRANCO, M. A. F. **Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, p. 163 – 169, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 dez. de 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle de câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** Instituto Nacional de Câncer. 3.ed. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

_____. Ministério da Saúde. **Atlas de mortalidade por câncer.** Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/index.jsp> Acesso em 23/10/2012.

_____. Ministério da Saúde. **Controle do câncer de mama: documento de Consenso.** Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil.** Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil.** Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise.** Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Rastreamento organizado do câncer de mama: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer.** Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **SISMAMA: informações para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil.** Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Oncológica.** Portaria GM/MS n. 2.439/2005, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **TNM: classificação de tumores malignos** / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. Instituto Nacional de Câncer. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004b.

CARVALHO, E.A. Saberes culturais e educação do futuro. **COMPLEXUS**, São Paulo, 2002. Disponível em: http://edgarmorin.org.br/textos_down.php Acesso em: 05/10/12.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf> Acesso em: 16/10/12.

CHARLOT, B. **Da relação com o saber:** elementos para uma teoria. Tradução de: MAGNE, B. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

CORBELLINI, V. L. Câncer de mama: encontro solitário com o temor desconhecido. **Revista Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 42-38, 2001. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4351/2299> Acesso em: 05/07/12.

COSTA, A.M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1073-1083, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014 Acesso em: 18/10/2012.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Trad. Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CURITIBA. Prefeitura do Município. Autarquia do Serviço Municipal de Saúde. **Programa Viva Mulher em Curitiba**: Controle do Câncer de mama e colo de útero. Paraná (PR): Autarquia do Serviço Municipal de Saúde, 2002.

CYRINO, H.F.F.; PENHA, C. **Filosofia hoje**. Campinas: Papyrus, 1985.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; CABRAL, M.L.N.; LIMA, V.M.; SOUZA, M.A. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. **Rev. Latino-americana de enfermagem**, São Paulo, v.11, n.1, p. 21-7, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16555.pdf> Acesso em: 13/03/12.

DOMINGUES, T.A.M.; CHAVES, E.C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39(Esp), p. 580-8, 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v39nspe/v39nspea10.pdf Acesso em: 23/07/12

ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.L.S.F.; MEIRELLES, B.H.S. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.13, n.3, p.483-491, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300014 Acesso em: 06/09/12.

FÁLCON, G.S.; ERDMANN, A.L.; MEIRELLES, B.H.S. A complexidade da educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis,

v. 15, n. 2, p. 343-351, 2006. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200020
 Acesso em: 18/10/12.

FERNANDES, A.F.C.; VIANA, C.D.M.R.; MELO, E.M.; SILVA, A.P.S. Ações para detecção precoce do câncer de mama: um estudo sobre o comportamento de acadêmicas de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 6, n.2, p. 215-222, 2007. Disponível em:
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4165/2758>
 Acesso em: 15/07/12.

FEUERWERKER, L.C.M. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **ABENO**, Rio de Janeiro, v. 3, n.1, p. 24-27, 2003.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2008000100003&script=sci_arttext
 Acesso em: 17/08/11

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 12. ed. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1979.

GODINHO, E.R.; KOCH, H.A. Fontes utilizadas pelas mulheres para aquisição de conhecimentos sobre câncer de mama. **Radiol. Bras.**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 169-173, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v38n3/24847.pdf> Acesso em: 10/04/2011.

GONÇALVES, L.L. *et al.* Mulheres portadoras de Câncer de mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 362-7. 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a11.pdf> Acesso em: 02/09/11.

GUEDES, R.N.; SILVA, A.T.M.C.; COELHO, E.A.C. Woman life and health: arguing the problems of the reality with professionals of the care. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 6, n. 2. 2007. Disponível em:
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.712/200>
 Acesso em: 18/08/11.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa mensal de emprego, 2010. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/

default.shtm

LOPES, D.R. **Características da prática preventiva do câncer de mama em mulheres pelo profissional de saúde**. Trabalho de conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

MACEDO, C.E.G. **Prática dos profissionais de enfermagem quanto ao câncer de mama em mulheres na atenção primária**. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINAZZO, C.J. A construção de conhecimentos pertinentes na educação escolar com base no paradigma da complexidade. **Revista Contrapontos**, Itajaí, v. 7, n.2, p. 347-363, 2007. Disponível em: <http://siaiweb06.univali.br/seer/index.php/rc/article/view/912/766> Acesso em: 12/10/12.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/307/203> Acesso em: 15/06/11.

MENKE, C.H.; DELAZERI, G.J. Autoexame ou autoengano? **Revista Femina**. Rio de Janeiro, v. 38, n.1, 2008. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n1/a002.pdf> Acesso em: 14/07/12.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução de: JACOBINA, E. 8.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN, E. Da necessidade de um pensamento complexo In: Martins, F. M; Silva, J.M. (Org.) **Para navegar no século XXI – Tecnologias do Imaginário e Cibercultura**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2000a.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2000.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Word Health Organization. **Palliative care is an essential part of cancer control and can be provided relatively simply and inexpensively.** Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/index.html> Acesso em: 10/10/12

PIRHARDT, C.R.; MERCÊS, N.N.A. Fatores de risco para câncer de mama: nível de conhecimento dos acadêmicos de uma universidade. **Revista Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 102-106, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a19.pdf> Acesso em: 17/10/11.

PITANGUY, J. **Movimento de mulheres e políticas de gênero no Brasil.** 2002. Disponível em: <http://www.cepal.org/mujer/proyectos/gobernabilidad/documentos/jpitanguy.pdf> Acesso em 18/10/ 2012.

TEYKAL, C.M.; ROCHA-COUTINHO, M.L. O homem atual e a inserção da mulher no mercado de trabalho. **PSICO**, Porto Alegre, v.38, n.3, p.262-268, 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/2888/2183> Acesso em: 18/04/12.

TOBAR, F., YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública:** conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

SALES, C.A.C.C.; PAIVA, L.; SACANDIUZZI, D.; ANJOS, A.C.Y. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.47, n.3, p.263-72, 2001. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo2.pdf Acesso em: 22/09/11.

SCHOELLER, S.D.; LEOPARDI, M.T.; RAMOS, F.S. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. **R. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v.1, n. 1, p. 88-96, 2011. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2013/1515> Acesso em: 05/12/12.

SILVA et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.3, p.697-703, 2009. Disponível em: https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/10657/mod_resource/content/1/3-%20cuidado%20de%20si.pdf Acesso em 21/09/12.

SMELTZER, S. C. *et al.* **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE AMERICANA DE CÂNCER. Breast cancer risk factors you cannot change, 2012. Disponível em:
<http://www.cancer.org/search/index?QueryText=WHAT+IS+THIS+BRCA+1+AND+BRCA+2>

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO - Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	99
APÊNDICE 2 INSTRUMENTO.....	101

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Você acadêmica do último ano do curso de graduação de enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional, maior de 18 anos, está sendo convidada a participar voluntariamente de uma pesquisa que tem como objetivo “caracterizar o conhecimento de estudantes universitários da área de saúde sobre câncer de mama em mulheres”, beneficiando para a conscientização da importância da doença e para a organização de subsídios para o desenvolvimento de materiais didáticos de apoio para educação em saúde, bem como para realização de palestras para transmissão de conhecimentos.
- b) No caso de aceitar fazer parte do estudo, deverá assinar ao final deste documento, o Termo de Consentimento, que está em duas vias, de acordo com a recomendação da Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Uma das vias ficará com você e a outra via com a pesquisadora.
- c) Caso você aceite participar da pesquisa, será necessário responder a um formulário que contém dados de sua identificação, estes dados serão de conhecimento somente da pesquisadora, pois seu nome será substituído, respeitando-se completamente seu anonimato. Será solicitada sua participação em uma entrevista, que será gravada e durará aproximadamente 30 minutos. Para não interferir nas suas atividades didáticas, será agendada de acordo com a sua disponibilidade. As gravações ficarão aos cuidados da pesquisadora. Será garantido local privativo para a entrevista, de modo que seja respeitado o sigilo. Tão logo a pesquisa seja concluída, as gravações serão destruídas.
- d) Não há riscos, prejuízos, desconforto ou lesões previsíveis que possam ser provocados pela pesquisa. Não há benefícios pessoais decorrentes da sua participação na pesquisa ou qualquer forma de remuneração.
- e) A sua participação neste estudo é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre e esclarecido assinado e sua participação será encerrada.
- f) Se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **confidencialidade** seja mantida. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- g) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- h) Pela sua participação na pesquisa, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: “Modelos de Cuidado na Atenção Primária à Saúde da Mulher”

Coordenadora da Pesquisa: Prof.^a Dr.^a Marilene Loewen Wall

Telefone para contato: (41) 3361-3766

Pesquisador colaborador: Enfermeira Juliana Taques Pessoa da Silveira

Telefone para contato: (41) 3363-7670 / (41) 9658-0092 (das 14:00 às 17:00h)

As pesquisadoras colocam-se a sua disposição para os esclarecimentos a qualquer etapa desta pesquisa.

Prof.^a Dr.^a Marilene Loewen Wall

Enfermeira Juliana Taques Pessoa da Silveira

Coordenadora da Pesquisa

Pesquisadora Colaboradora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
RG/CPF nº. _____, li o texto acima e entendi a natureza e objetivos da pesquisa da qual fui convidado a participar e fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora responsável Prof.^a Dr.^a Marilene Loewen Wall e pela pesquisadora colaboradora Enf.^a Juliana Taques Pessoa da Silveira. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão. Foi-me garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou prejuízo. Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa intitulada “**Modelos de Cuidado na Atenção Primária à Saúde da Mulher**”.

Curitiba, _____ de _____ de 20__.

(Assinatura do sujeito de pesquisa)

(Nome e Assinatura da pesquisadora
responsável)

<p>Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br</p>
--

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

DATA: _____

NOME: _____

IDADE: _____ CURSO: _____ PERÍODO: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA**Fale-me o que você sabe sobre câncer de mama em mulheres?**

- Qual a fonte de suas informações?
- Você lembra quais são os fatores de risco?
- Como você pensa utilizar estas informações para sua vida pessoal e profissional?
- Algum profissional já te orientou sobre câncer de mama? Sobre o que orientaram?
- Você conhece quais são os meios de detecção precoce do câncer de mama?
- O que você acha sobre os exames preconizados pelo governo?
- Esse conhecimento / essas informações podem mudar o comportamento em relação ao câncer de mama para sua prevenção e detecção?
- Você teve alguma experiência, vivência com câncer de mama na família, amigos ou pessoas próximas? Se sim, como foi para você vivenciar essa história?
- Você gostaria de falar mais alguma coisa?

ANEXOS

ANEXO 1	CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	103
---------	---	-----

ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa



Curitiba, 19 de setembro de 2011.

Ilmo (a) Sr. (a)
Marilene Loewen Wall
Juliana Taques Pessoa da Silveira

Nesta

Prezadas Pesquisadoras,

Comunicamos que o Adendo referente a expansão da população alvo, acréscimo de um objetivo e prorrogação de prazo de conclusão da pesquisa intitulada **“Modelos de cuidado na atenção primária à saúde da mulher”** para dezembro de 2012, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR em 23 de maio de 2011 e apresentou pendências. Pendências apresentadas, documentos analisados e adendo aprovado em 19 de setembro de 2011.

Registro **CEP/SD: 703.038.09.05**

CAAE: 0017.0.091.085-09

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Atenciosamente

Prof.ª. Dr.ª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
do Setor de Ciências da Saúde/UFPR

Prof.ª. Dr.ª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - SD/UFPR

Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-Pr. – CEP: 80060-240
Fone/fax: 41-360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br